



## **A prática profissional do Assistente Social enquanto Diretor Técnico da resposta social Centro de Dia**

### **Programa de Estimulação Cognitiva**

Diogo Miguel Mendes Macedo Crespo

Trabalho de Projeto apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia Social.

Orientadora: Professora Doutora Mónica Alexandra Vidal Teixeira

ISSSP

Julho, 2019

Diogo Miguel Mendes Macedo Crespo

**A prática profissional do Assistente Social enquanto Diretor Técnico  
da resposta social Centro de Dia**

**Programa de Estimulação Cognitiva**

Trabalho de Projeto apresentada ao Instituto  
Superior de Serviço Social do Porto para  
obtenção do Grau de Mestre em  
Gerontologia Social.

Orientadora: Professora Doutora Mónica  
Alexandra Vidal Teixeira

ISSSP

Julho, 2019

## **Resumo**

Como consequência do crescente envelhecimento demográfico aumenta a necessidade de criação de medidas capazes de dar resposta à população idosa e às suas famílias. Neste sentido, foram criadas diferentes respostas sociais, nomeadamente, Centros de Dia com o intuito de acompanhar e apoiar o idoso e a família. O Centro de Dia privilegia a manutenção do idoso no seu meio e são inúmeros os autores que defendem os seus benefícios.

A crescente pressão para a prestação de um serviço de excelência aliado a eficácia e eficiência torna fundamental uma formação adequada do Diretor Técnico, nomeadamente a nível da gestão. No caso concreto da instituição onde o autor desempenha funções, esta função é desempenhada pelo Assistente Social.

Com o presente trabalho pretende-se explanar a prática profissional do Assistente Social enquanto Diretor Técnico, da resposta social de Centro de Dia, através de uma reflexão crítica que pretenda reconhecer o impacto da estruturação das funções de Diretor Técnico na relação com a instituição e com os utentes, refletir sobre a prática profissional, bem como analisar as associações e dissociações existentes entre o papel do Assistente Social e o desempenho de funções de direção técnica do serviço.

A par disso, e com base na literatura que comprova os efeitos positivos dos programas de estimulação cognitiva a nível do declínio cognitivo associado à idade, e até da sintomatologia depressiva tão comum na população idosa, o autor propõe a implementação de um programa de estimulação cognitiva, aplicado aos utentes do Centro de Dia.

**Palavras-Chave:** Envelhecimento; Centro de Dia; Assistente Social; Diretor Técnico; Programa de Estimulação Cognitiva

## **Abstract**

Given the increase in demographic ageing, there is an urgent need for new policy measures that address the subject. Therefore, different social mechanisms have been created, such as Day Centers for the elderly and underprivileged families.

Besides the importance of the Day Center on the maintenance of the elderly's environment, the dynamic of the institution plays a key role in the occupant's well-being. To provide a service of excellence in alignment with the customer's expectations, there is a need for the institution to adopt and keep up with the latest global practices in terms of strategic processes and organizational efficiency.

For a Social Worker and Technical Director in such organizations, there is an ethical and deontological duty to develop skills that encompass decision-making, innovation and making the best use of the existing resources. At the end, this is what will upscale the quality of the services provided.

This work aims at clarifying the professional practices of a Technical Director for the Social Response in Day Centers. Through critical reflection, it raises awareness on the impact of the Technical Director's responsibilities in alignment with the institution and its customers, while also reflecting about the professional practices and analyzing both the coupling/decoupling of the Social Worker's role and Technical Director's performance in the Service.

**Keywords:** Aging; Day Center; Social Worker; Technical Director; Cognitive Stimulation Program

## **Agradecimentos**

A elaboração deste Projeto de Tese de Mestrado em Gerontologia Social, não teria sido possível sem o contributo, estímulo e empenho de diversas pessoas.

Um agradecimento ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto, pela oportunidade de concluir esta etapa académica.

À minha orientadora Professora Doutora Mónica Alexandra Vidal Teixeira, pelo apoio nas várias orientações para a realização deste trabalho, que me foram imprescindível e os seus ensinamentos para me tornar ainda um melhor profissional.

À instituição ADIB nomeadamente à Direção que se mostrou totalmente disponível para a conclusão deste trabalho e aos utentes da resposta social de Centro de Dia.

À minha família, em especial à minha querida esposa Ana Sofia Marques da Silva, que me apoiou incondicionalmente sempre nos momentos mais difíceis.

## Índice

Resumo.....	ii
Abstract.....	iii
Agradecimentos.....	iv
Índice.....	v
Índice de anexos.....	vii
Lista de abreviaturas.....	viii
Lista de gráficos.....	ix
Lista de tabelas.....	x
Introdução.....	11
1. Centro de Dia: Uma Resposta Social ajustada aos problemas do envelhecimento?.....	14
1.1 Envelhecimento Demográfico.....	14
1.2 Envelhecimento e Velhice.....	16
1.3 Envelhecimento BioPsicoSocial.....	18
1.4 Envelhecimento e Dependência.....	20
1.5 Solidão no idoso.....	22
1.6 Promoção do Envelhecimento Ativo.....	25
1.7 A importância da autonomia do idoso.....	28
1.8 A qualidade de vida do idoso.....	28
1.9 Resposta para o envelhecimento: O Centro de Dia.....	31
1.9.1 Definição e Objetivos do centro de Dia.....	31
1.9.2 Modelos Organizacionais.....	32
1.9.3 Serviços/Programas de Intervenção.....	33
1.9.4 Estrutura Física.....	35
1.9.5 Recursos Humanos.....	36
Síntese.....	36
2. Metodologias, Objeto e objetivos do estudo.....	40
2.1 Objeto de estudo.....	40

2.2	Objetivos.....	40
2.2.1	Objetivo Geral.....	40
2.2.2	Objetivos Específicos.....	40
2.3	Metodologia.....	41
2.4	Técnicas de recolha de dados.....	42
3.	Enquadramento Institucional.....	45
3.1	Caracterização da Zona Geográfica.....	45
3.2	Caraterização da Instituição.....	47
3.3	Caraterização da resposta social: Centro de Dia.....	52
3.4	O perfil dos clientes da resposta social de Centro de Dia.....	54
3.5	A Necessidade de um programa da estimulação cognitiva no Centro de Dia.....	55
3.5.1	Enquadramento teórico.....	55
3.5.2	A realidade do Centro de Dia na ADIB.....	57
	Síntese.....	58
4.	Análise reflexiva e projeto de intervenção.....	61
4.1	O Trabalho do Assistente Social enquanto Diretor Técnico da resposta social - Centro de Dia.....	61
4.2	Reflexão e Análise do trabalho desenvolvido no contexto institucional.....	68
4.3	Proposta de implementação do Programa de Estimulação Cognitiva na resposta social Centro de Dia.....	69
4.3.1	Participantes do estudo segundo objetivo.....	69
4.3.2	Instumentos de avaliação.....	70
4.3.3	O programa de intervenção.....	71
4.4	Proposta de avaliação geral do projeto de intervenção (PEC).....	74
	Conclusão.....	79
	Bibliografia.....	82
	Anexos.....	91

## **Índice de Anexos**

Anexo 1. Caraterísticas dos utentes do Centro de Dia da ADIB.....	93
Anexo 2. Regulamento Interno Centro de Dia da ADIB.....	103
Anexo 3. Programa de estimulação cognitiva “Fazer a diferença” – adaptação portuguesa.....	137
Anexo 4. Ficha de diagnóstico social da ADIB.....	156
Anexo 5. Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale – GDS).....	164
Anexo 6. Sub-Escala Cognitiva da Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer (Alzheimer’s Disease Assessment Scale – Cognitive subscale - ADAS-Cog).....	166



## **Lista de Abreviaturas**

ADAS - Cog - Alzheimer's Disease Assessment Scale – Cognitive subscale

ADIB - Associação para o Desenvolvimento Integral de Barrosas

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DCL – Declínio Cognitivo Ligeiro

DGERT - Direção-Geral do Emprego e das Relações de Trabalho

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

EC - Estimulação Cognitiva

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

GDS - Geriatric Depression Scale

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAI - Programa de Acolhimento Inicial

PDI - Plano de Desenvolvimento Individual

PEC - Programa de Estimulação Cognitiva

RLIS - Rede Local de Intervenção Social

RSI - Rendimento Social de Inserção

## **Lista de Gráficos**

Gráfico 1 – Distribuição da população residente e população com 65 ou mais, por NUTS II, em 2011 .....	15
--	----

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1 – Caracterização das respostas sociais da ADIB.....	49
Tabela 2 – Quadro geral dos Recursos Humanos da instituição ADIB.....	51
Tabela 3 – Recursos Humanos do Centro de Dia.....	53

## **Introdução**

Envelhecer é um processo inevitável e singular, e que ao longo dos anos acarreta graus de dependência, seja ela física ou de outra ordem, variáveis consoante os indivíduos. De forma a minimizar o estado de dependência, tem vindo a ser cada vez mais promovido o conceito de envelhecimento ativo na área da Gerontologia; este conceito foi proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2002, sendo seu objetivo primordial a estimulação e melhoria da qualidade de vida do idoso. No entanto, ainda é longo o caminho a percorrer face à situação do envelhecimento populacional, nomeadamente no desenvolvimento de estratégias e/ou programas para a promoção do envelhecimento ativo.

Aliado ao aumento da esperança média de vida, o que constatamos é que a população mantém a sua atividade profissional cada vez até mais tarde, e consequentemente menos disponível para o auxílio aos idosos, e assim, torna cada vez mais imperativa a criação ou o aperfeiçoamento de soluções que possam assegurar os cuidados básicos da pessoa idosa. Durante alguns anos, a institucionalização definitiva dos idosos foi a solução, no entanto na atualidade existem outras respostas sociais disponíveis que privilegiam a permanência do utente no seu ambiente sociofamiliar, mais concretamente o Centro de Dia.

A importância desta resposta social tem sido crescente, e de modo a manter o seu crescimento enquanto estrutura para apoio social, é fundamental reconhecer as suas necessidades e adotar práticas de gestão mais eficazes e eficientes. Assim, enquanto Diretor Técnico e Assistente Social de uma resposta social de Centro de Dia, é necessário aprofundar e adquirir conhecimentos na área da gestão, devendo o Diretor Técnico definir, de forma clara, as áreas de atuação e as competências adquiridas.

A boa gestão tem um papel fundamental no sucesso de qualquer organização, no entanto, é necessário também reconhecer as necessidades da população no terreno, e assim dar a resposta adequada para tornar a permanência no Centro de Dia como uma experiência positiva para os seus utentes.

Assim, e no âmbito da avaliação do Mestrado em Gerontologia Social, o autor definiu dois principais objetos de interesse deste trabalho. Em primeiro lugar, efetuar uma reflexão crítica acerca da prática profissional do Assistente Social enquanto Diretor Técnico da resposta social Centro de Dia e, por outro lado, após a análise das

necessidades dos utentes, elaborar um Programa de Estimulação Cognitiva (PEC) e consequentemente a proposta da sua implementação, sendo o seu objetivo principal a prevenção do declínio cognitivo associado à idade.

Deste modo, o trabalho foi dividido em quatro capítulos que serão apresentados de forma resumida:

- Capítulo I, “Centro de Dia: Uma Resposta Social ajustada aos problemas do envelhecimento?”, foca o enquadramento teórico acerca do processo de envelhecimento e a importância de que este aconteça de uma forma ativa, as alterações demográficas que aconteceram nos últimos anos e ainda uma caracterização da resposta social Centro de Dia, nomeadamente os seus objetivos, a organização e programas de intervenção disponíveis.
- Capítulo II, “Metodologia, objeto e objetivos do estudo”, é efetuada uma descrição do objeto de estudo, dos objetivos e da metodologia utilizada para a realização do mesmo. Dentro da metodologia utilizada é feita ainda referência às técnicas de recolha de dados utilizadas para a recolha dos mesmos.
- Capítulo III, “Enquadramento Institucional”, neste capítulo contextualiza-se a instituição onde o autor realiza a sua atividade profissional, nomeadamente a sua localização geográfica, as valências ou respostas sociais disponíveis na mesma, e uma vez que o Centro de Dia é a resposta social alvo do estudo, descreve-se mais pormenorizadamente os serviços disponibilizados, recursos humanos envolvidos, e a própria caracterização dos utentes que o frequentam. Constatada a realidade dos utentes e entendida a necessidade de um PEC, descrevem-se com base nos vários autores, os benefícios da estimulação cognitiva como forma de prevenção do declínio cognitivo associado à idade.
- Capítulo IV, “Análise reflexiva e projeto de intervenção”, descreve-se a atividade do Assistente Social enquanto Diretor Técnico, sendo descritas as suas principais funções, bem como uma análise reflexiva da sua prática. Ainda neste capítulo é feita uma descrição do PEC, delineados os pormenores acerca da proposta da sua implementação, nomeadamente a população-alvo, quais os instrumentos de avaliação utilizados, a duração do mesmo assim como organização do próprio programa e por fim a proposta de avaliação final do projeto.

## **CAPÍTULO I**

# **1. Centro de Dia: Uma Resposta Social ajustada aos problemas do envelhecimento?**

## **1.1. Envelhecimento Demográfico**

O envelhecimento populacional é um facto marcado em todos os países, nomeadamente, nos mais desenvolvidos, desde a Segunda Guerra Mundial (Fontaine, 2000). Este representa um dos fenómenos demográficos mais alarmantes do século XXI, uma vez que acarreta alterações de carácter socioeconómico com impacto nas políticas sociais e de sustentabilidade, alterações culturais e ainda com repercussões significativas nas políticas de saúde- Este pode ter origem em uma das seguintes razões (António, 2001):

- Do envelhecimento natural do topo, onde o acréscimo do número de idosos provém da baixa taxa de mortalidade e do aumento da esperança média de vida;
- Da concentração de idosos em regiões particularmente atraentes, devido à existência de boas condições climáticas e de determinados serviços. Deste modo, apresenta-se como um envelhecimento artificial de topo;
- Do envelhecimento natural de base, resultante da diminuição da natalidade, com consequente redução do número de jovens, na totalidade da população. Esta quebra de natalidade resultou de diversos fatores, que não serão objeto de análise neste trabalho.

Nos últimos 40 anos, a população portuguesa sofreu profundas alterações em termos demográficos. Estas alterações demográficas ocorridas no passado recente, repercutem-se sobre o emprego, o consumo, a saúde e a proteção social, sendo cada vez mais difícil ignorar estes domínios da vida coletiva, tendo em conta os desafios que representam para o equilíbrio da sociedade (Rosa, 1995).

Como podemos observar, através dos dados obtidos nos Censos 2011, em Portugal, a percentagem da população com 65 anos ou mais era, em 2011, de 19%, este valor contrasta com os 8% verificados em 1960. O índice de envelhecimento da população reflete igualmente esta tendência. Em 2011, o índice de envelhecimento intensificou a supremacia da população idosa sobre a população jovem. Conforme nos é apresentado pelos resultados dos Censos 2011, o índice de envelhecimento de Portugal é de 129, o que significa que o país apresenta nos dias de hoje um maior número de população

idosa em relação à população jovem. Podemos constatar através do levantamento de dados disponível no INE que em 2001 havia 85 municípios com o índice de envelhecimento menor ou igual a 100 e em 2011, este valor é de 45 (INE, 2011). Assim, os dados disponíveis que incidem sobre o envelhecimento da população, nomeadamente na última década, atestam que, o mesmo, ocorreu de forma generalizada em todo o país.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2012), Portugal irá sofrer no decorrer dos próximos 50 anos um crescimento do índice de envelhecimento da população, em que a população jovem irá reduzir de 15,3%, em 2008, para 11,9%, em 2060. Desta forma, poderá verificar-se um aumento significativo da população acima dos 65 anos de idade, passando de 17,4%, em 2008, para 32,2%, em 2060.

Conforme é possível analisar no gráfico 1, em Portugal, a distribuição da população com 65 ou mais anos ostenta um padrão idêntico ao da população residente sendo que, na região Norte, deparamo-nos com 31% do total da população idosa, nas regiões Centro e Lisboa com, aproximadamente, 26% e, por último, nas regiões do Alentejo, Algarve, Autónomas da Madeira e nos Açores encontram-se, respetivamente, 9,1%, 4,4%, 2% e 1,6% dos idosos residentes no país.

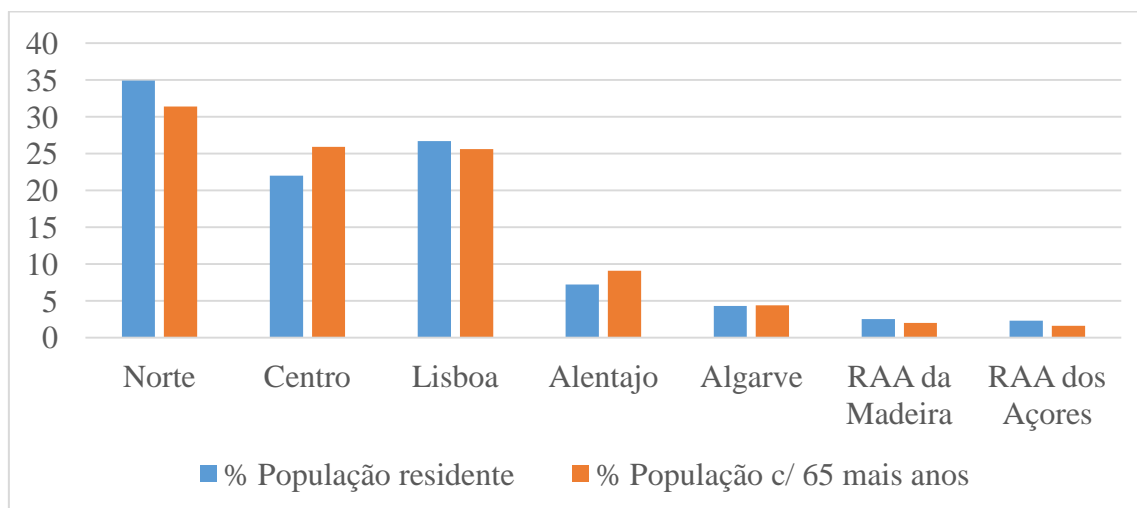


Gráfico 1– Distribuição da população residente e população com 65 ou mais anos, por NUTS II, em 2011

Fonte: (INE, 2012)

No seguimento do exposto anteriormente podemos concluir que o envelhecimento demográfico está a aumentar e assim continuará nos próximos anos. Analisando dados demográficos de outros países considerados desenvolvidos (exemplo: Alemanha, França, entre outros...), confirma-se que estes seguem a mesma tendência.



É, igualmente, importante enfatizar que o envelhecimento demográfico não é em si um problema social. O real problema social é composto pela carência, inexistência e inadequação de respostas sociais que vão de encontro às necessidades da população idosa, bem como a ausência de articulação dessas respostas com a sociedade civil. É, neste seguimento, fundamental pensar-se sobre a alta percentagem de idosos que não tem acesso à informação e uma localização favorecida, que não usufruem de bens e equipamentos, geralmente situados nas grandes cidades, para além de viverem com fracas condições económicas (Veloso, 2015).

## **1.2. Envelhecimento e Velhice**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) indica que, cronologicamente falando, a velhice tem início a partir dos 60 anos, contudo só considera população idosa a partir dos 65 anos.

De acordo com Moniz (2003), o envelhecimento era entendido, nos primórdios, como uma patologia. No entanto, o processo do envelhecimento define-se, segundo Monteiro e Neto (2008), enquanto etapa do ciclo vital do ser humano e por estas razões, não pode ser vista como um fim de vida, mas sim como uma etapa com características e valores particulares e onde se começa a percecionar o mundo com um novo olhar .

Ao longo da vida, os indivíduos passam por diversas fases, todas elas com aspetos positivos e negativos. A velhice é uma fase particularmente mais complicada, obrigando os indivíduos a terem de readaptar-se às novas exigências da sociedade, o que em alguns casos, pode levar ao isolamento social.

Considera-se nesta fase importante compreender as diferenças existentes entre velhice e envelhecimento uma vez que, atentando a “velhice” e o “envelhecimento individual” embora sejam utilizados comumente como sinónimos são designações que devem ser diferenciadas. Faz-se referência ao primeiro termo a partir do momento em que uma pessoa se reforma, à qual está associada a perda de rendimentos e de identidade, isolamento/solidão, exclusão e mesmo perda de estatuto social. É uma fase em que é necessário reaprender papéis (a nível social, ocupacional e familiar), encontrar um novo equilíbrio entre si e a sociedade e até formar uma perspetiva sobre a morte, uma vez que em termos biológicos ela se torna mais próxima (António, 2013).

O segundo termo analisado, não é igual em todos os indivíduos. Considera-se que o envelhecimento é um processo biológico, progressivo e natural, caracterizado pelo declínio das funções celulares e pela diminuição da capacidade funcional, o qual é sentido de diferentes formas, dependendo de diversos fatores. Ao “envelhecimento individual” corresponde o processo de alterações biopsicossociais do indivíduo, desde o seu nascimento até à sua morte, que não têm propriamente uma cronologia estabelecida; fatores como o estatuto socio económico, o ambiente cultural, a carga genética e familiar, a personalidade, as possíveis patologias associadas à sua idade fazem com que este seja um processo substancialmente heterogêneo entre os vários indivíduos.

Na ótica de Santos (2002), o processo de envelhecimento, pode apresentar três fases sucessivas do envelhecimento: a fase do Idoso, onde este é capaz de satisfazer as suas necessidades, verificando-se alterações ao nível social, resultado da entrada na reforma; na fase de Senescência, onde ocorrem alterações, maioritariamente, físicas; e, na fase da Senilidade, na qual as funções cognitivas deixam de estar no seu pleno e o idoso torna-se dependente na realização de quase todas ou todas AVD (Atividades da Vida Diária).

Segundo Fontaine (2000) a pessoa envelhece de diversas formas, detendo quatro tipos de idades, nomeadamente, a Idade Cronológica, à qual respondemos espontaneamente, e referimos há quantos anos estamos vivos, a Idade Biológica, isto é a degradação biológica do indivíduo, a Idade Psicológica “(...) relativa às competências comportamentais que as pessoas podem mobilizar em resposta às mudanças do ambiente.” (Ibid., p.25) e, por último, a Idade Social que se distingue pelo valor do estatuto social, hábitos e cultura. Podemos assim ligar esta idade a uma etapa complicada da vida, nomeadamente a passagem à ‘Idade da Reforma’.

Com as diversas modificações psicológicas e fisiológicas, provenientes do processo de envelhecimento, a participação do idoso começa a ser menor, mais seletiva e restrita, na vida social. A família, nesta fase, assume-se enquanto suporte social fundamental, dando primazia à sobrevivência e manutenção de um equilíbrio emocional e dispõe de uma maior capacidade estrutural para resolver os problemas biopsicossociais, na realização de tarefas essenciais para garantir o bem-estar e a qualidade de vida do idoso (Nina & Paiva, 2001).

De facto, a investigação tem-se preocupado em estudar as mudanças associadas ao envelhecimento e as suas causas, no entanto, estas modificações, sejam elas normais ou patológicas, são ainda uma questão por responder (Figueiredo, 2007).

### **1.3. Envelhecimento BioPsicoSocial**

O processo do envelhecimento, segundo a OMS (2002), pressupõe o resultado de uma trajetória de vida, em que o indivíduo é responsabilizado pela gestão da sua própria saúde, através da adoção de comportamentos e de estilos de vida saudáveis. No entanto, existem fatores biológicos e genéticos que o indivíduo, por si só, não consegue controlar.

O envelhecimento é um processo que implica inúmeras mudanças biopsicossociais, sendo um processo complexo, uma vez que estas três dimensões interagem entre si, sendo difícil diferenciar a variância que corresponde a cada uma (Figueiredo, 2007).

Ao Envelhecimento biológico estão associadas as transformações físicas que se caracterizam pela redução das funções orgânicas. Quando o declínio funcional é significativo coloca o idoso vulnerável ao aparecimento de doenças crónicas o que pode colocar em causa a sua independência e autonomia. A senescência, segundo Sequeira (2010), relaciona-se com o processo normal de modificações biológicas associadas ao processo de envelhecer como por exemplo as alterações de equilíbrio, diminuição da força muscular, alterações emocionais e alterações cognitivas, entre outras. Martí (2000) refere que o envelhecimento é um processo fisiológico que tem início com a concepção e origina alterações no decorrer de todo o ciclo de vida das pessoas.

No que diz respeito ao envelhecimento psicológico e cognitivo é de salientar a personalidade e o desempenho cognitivo. Para a maior parte dos idosos ao envelhecimento normal estão associadas diversas alterações cognitivas que não têm implicações nas atividades diárias. Spar e La Rue (1998) descrevem um conjunto de variáveis relacionadas com a cognição no envelhecimento normal em que se destacam: fatores genéticos; saúde; escolaridade; atividade mental; atividade física; personalidade e humor; meio social e cultural; treino cognitivo, sexo e os conhecimentos especializados. No entanto, as alterações cognitivas relacionadas com o envelhecimento, quando não compensadas com outros mecanismos, interferem na globalidade das

funções do idoso, podendo se destacar dessas alterações o processamento da informação que está relacionado com a capacidade que o idoso possui para receber, decodificar e reter a informação e a memória de trabalho que está relacionada com a retenção e manipulação da informação registada na memória a curto prazo. Assim, o envelhecimento psicológico refere-se ao processo de tomada de decisão, estímulos que definem a autorregulação do idoso mediante a adaptação ao processo de senescência. Incide no funcionamento cognitivo do indivíduo, bem como na sua personalidade (Figueiredo, 2007).

Por último, o envelhecimento social subordina-se aos papéis sociais em relação às expectativas da sociedade sobre os idosos, envolvendo a capacidade de ajustamento ou adaptação às novas condições de vida (Figueiredo, 2007). Ao nível das modificações sociais, assiste-se à entrada na reforma e às mudanças a nível familiar (os filhos, já adultos, têm as suas próprias casas). A respeito do envelhecimento social, Zimmerman (2000) sublinha que este provoca uma mudança no status da pessoa idosa, assim como no seu relacionamento com os outros em função da crise de identidade, das mudanças de papéis familiares, profissionais e sociais, de reforma, das perdas e da diminuição dos contactos sociais. Assim, ao envelhecimento social está associada a perda progressiva de contactos sociais que se traduzem no distanciamento social, na progressiva perda do poder de decisão, na perda de autonomia e independência, nas alterações nos processos de comunicação e na crescente importância do passado que podem provocar no idoso a sua fragilidade, a perda de autoridade e a perda do poder económico, devido às transformações a nível dos papéis sociais em que é exigido ao idoso um ajustamento ou adaptação às novas condições de vida.

Importa, ainda, na nossa ótica referir que o aumento da esperança média de vida, acompanhado pelo crescimento das faixas etárias mais envelhecidas, resultará no aumento da incidência de patologias associadas à terceira idade, nomeadamente patologias neurodegenerativas e patologias relacionadas com a falência de órgão, o que acarreta uma necessidade de revisão de políticas de saúde.

Segundo a Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer, estima-se que vivam na Europa, atualmente, aproximadamente 7,3 milhões de cidadãos que são portadores de uma das diversas formas de demência. Face ao envelhecimento da população prevê-se ainda o aumento para o dobro destes valores em 2040 na Europa

Ocidental e podendo triplicar na Europa do Leste. Anualmente, 1,4 milhões de cidadãos europeus desenvolvem demência<sup>1</sup>.

A intervenção junto dos idosos e apoiá-los neste processo é fundamental, pois o envelhecimento não pode ser entendido “como um fim de vida, mas como uma etapa com características e valores próprios e uma nova forma de olhar o mundo, pois a cidadania é construída por todos os indivíduos e só é possível quando todos tiverem direitos e deveres iguais” (Monteiro & Neto, 2008, p. 13).

#### **1.4. Envelhecimento e Dependência**

Considerando os desafios impostos à sociedade no que diz respeito ao aumento da esperança média de vida, consideramos necessária uma análise reflexiva no que concerne à dependência da pessoa idosa, atentando as questões de saúde e da prestação de cuidados. Verifica-se uma exigência cada vez maior de respostas sociais que pretendam colmatar as necessidades dos idosos, uma vez que, a idade avançada implica um risco aumentado de doenças e consequentemente de dependência.

De acordo com o n.º 3, alínea h, do decreto-lei n.º 101/2006, de 6 de junho define-se dependência como “a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária” o que significa que por esse motivo necessita do auxílio de terceiros.

Neste contexto importa referir o conceito de função definido por Jette e Cleary (1987), como a “performance normal ou característica de um indivíduo” e de acordo com os mesmos autores, a função abrange três dimensões, a física, a emocional e a social. A física refere-se á performance sensoriomotora e está associada às AVD (atividades fundamentais como o auto-cuidado e a mobilidade básica em atividades como tomar banho, vestir, alimentar-se, levantar, sentar, deambular, entre outras) e às atividades instrumentais da vida diária (AIVD) (utilizar transportes públicos, conduzir, fazer compras, gerir dinheiro, cozinhar, usar o telefone, controlo da medicação, entre outras)

---

<sup>1</sup> [www.alzheimerportugal.org](http://www.alzheimerportugal.org)

(Jette & Cleary, 1987; Jette, 2003). Relativamente à função emocional, esta engloba os níveis de ansiedade, de satisfação, de felicidade e o stress. Por último, a função social refere-se à interação social de cada indivíduo e ao seu papel na sociedade estando também ligada às AIVD (Caeiro *et al*, 2008).

Quando se verifica uma diminuição da função do idoso, este é sujeito a maiores níveis de incapacidade, e por essa razão o termo incapacidade é utilizado como sinónimo de capacidade funcional pobre e pode ser definido como a dificuldade experimentada ou dependência nas AVD (Gill *et al*, 1998 cit. in Avlund *et al.*, 2002). Outros autores encaram a incapacidade como o impacto que os problemas de saúde exercem na funcionalidade do indivíduo (Verbrugge *et al*, 1999), conduzindo à limitação das atividades próprias do indivíduo ou restrição da participação (OMS, 2003).

A incapacidade funcional emerge então como a diminuição da capacidade para realizar tarefas básicas de auto-cuidado que são geralmente necessárias para uma vida independente na comunidade, sendo uma medida importante para avaliar o estado de saúde na população idosa, uma vez que surge como um fator preditivo de mortalidade (Yang Yang, 2005).

Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS, 2003), um indivíduo apresenta uma limitação funcional quando é encontrada uma discordância entre o observado e o esperado, relativamente ao padrão normalmente aceite para pessoas semelhantes sem a condição de saúde que causa essa limitação.

Com o objetivo de abranger o conceito de limitação funcional e incapacidade funcional, Stuck *et al* (1999), criaram um novo conceito, o declínio da condição física, que é definido como a dificuldade em realizar as AVD e limitação da funcionalidade física, como restrição nas funções físicas básicas, incluindo a função dos membros superiores e inferiores. Contudo, este conceito apenas faz referência ao desempenho físico do idoso, ou seja, à componente física da função, o que não vai ao encontro da definição de função, de Jette *et al* (1987).

Por complemento, surge o conceito de declínio funcional dos idosos que traduz a modificação, considerada normal ou própria da idade, que ocorre na sua função física, emocional e social, e capacidade funcional durante o processo de envelhecimento, variando de acordo com os indivíduos (Hillsdon *et al*, 2005), portanto este mais abrangente e menos redutor do que o conceito apresentado por Stuck e colaboradores (1999).

Os fatores predisponentes ao declínio funcional podem ser divididos em: pessoais/internos (género, raça, idade, condição física, estilo e hábitos de vida, nível de instrução, antecedentes sociais e características psicológicas individuais), fatores ambientais/externos (características físicas e materiais do ambiente em que o indivíduo se encontra, diversidade e frequência das relações com outros indivíduos, aspetos sociais, como a cultura em que o idoso se encontra inserido e as atividades que desempenha na comunidade) e condições de saúde (OMS, 2003).

No âmbito da saúde e função da pessoa idosa, incidentes críticos podem ser todos os acontecimentos que ocorrem na vida do idoso e que podem, ou não, contribuir para o seu declínio funcional. Tratam-se de ocorrências pontuais na vida do idoso, quer de ordem física, como uma queda ou ocorrência de uma condição clínica, quer de ordem psicológica ou emocional, como a morte de um familiar, ou de ordem social, como a reforma, por exemplo (Caeiro *et al*, 2008).

Neste seguimento torna-se fundamental criar as condições necessárias para que o apoio prestado ao idoso na concretização das AVD promova a sua dignidade sendo necessário, na ótica de Sequeira (2010), “pensar em formas de assistência que promovam a manutenção da qualidade de vida do idoso, ... de forma a diminuir a sua vulnerabilidade física e psicológica” (p. 21).

### **1.5. Solidão no idoso**

Muitas são as definições que têm surgido relacionadas com a temática da solidão, embora este conceito apresente um carácter intuitivo para as pessoas, uma vez que para muitos o termo solidão está associado ao sujeito que se encontra só (Neto, 2000). Por si só, ela pode prejudicar severamente a qualidade de vida do indivíduo idoso.

A solidão pode ser definida como um estado que tem origem numa disparidade entre o sujeito e as relações reais podendo, na ótica de Ottenheim *et al* (2011), dividir-se em dois subtipos: a solidão emocional (ausência de figuras íntimas) e a solidão social (inexistência de rede social). Para os autores, o agregado familiar, a igreja, as associações, o trabalho, a educação os rendimentos, a saúde e a participação social são parâmetros que se relacionam com as causas para a solidão.

A solidão é uma queixa comum da população idosa como consequência da saída dos filhos de casa, a chegada da reforma e, também a viuvez (Rossel *et al*, 2004).

A solidão no idoso é um tema cada vez mais emergente consequência do já referido aumento da esperança média de vida e maior sobrevivência do grupo com mais de 75 anos, principalmente nas mulheres. Para Perlman e Perplau (1982) a solidão está diretamente relacionada com uma experiência subjetiva que pode não estar relacionada com o isolamento objetivo e, sendo uma experiência subjetiva torna-se psicologicamente desagradável para o sujeito.

Num estudo realizado com idosos, Barreto (1984) concluiu que o processo de desconexão social é mais frequente nas pessoas casadas e é acompanhado, geralmente, de um reforço da ligação ao cônjuge, que no homem se traduz frequentemente numa dependência em relação à mulher. Contudo, a mulher que vive só mantém as suas conexões sociais até bastante mais tarde, ao contrário da que vive com a família.

Segundo o autor (Barreto, 1984), as causas da solidão parecem ser diferentes em ambos os sexos, no homem será a reforma, na mulher serão a viuvez, o viver só e o baixo nível económico. Este autor refere também que os níveis mais elevados de solidão em classes mais baixas podem ser explicados por existirem poucos interesses específicos bem como uma baixa capacidade de encontrar uma ocupação em atividades de satisfação pessoal, o que poderá estar relacionado com a sua fraca instrução escolar, assim como pela falta de experiência prévia em atividades de ocupação dos tempos livres.

Paúl (1997) realizou um estudo sobre a satisfação de vida em idosos residentes em diferentes contextos e concluiu que os idosos residentes em lares tendiam a sentir-se mais sós e insatisfeitos, afastados das suas redes sociais num dia-a-dia monótono e sem esperança no futuro. Em contrapartida, estariam menos agitados e mostravam atitudes mais positivas face ao envelhecimento. Os resultados indicavam que os idosos a residir na comunidade não tinham o apoio adequado, mesmo para a realização AVD, o que poderia explicar o seu baixo bem-estar psicológico. Concluiu também que os idosos analfabetos, principalmente os residentes nos lares, serão mais solitários, pela dificuldade que têm no acesso à informação, escrita e mesmo falada, reforçando ainda mais o seu isolamento. Neste sentido, podemos verificar que existe uma grande variedade de fatores que poderão contribuir para o aumento da vulnerabilidade das pessoas ao fenómeno da solidão.

Face às adversidades que a idade traz, nomeadamente algumas perdas sofridas (morte do cônjuge, por exemplo), é importante que a pessoa idosa tente encontrar alguma



atividade ou ocupação para tentar evitar o isolamento social e consequente sofrimento. Sabe-se que hoje em dia esse sofrimento pode resultar no agravamento de vários problemas de saúde que não só os de carácter psicopatológico., por exemplo) deve tentar reverter a situação, evitando assim entrar em estado de solidão. Em situações como estas, os profissionais de saúde devem ser chamados a intervir, pois muitas vezes, a própria família não se dá conta do agravamento e não percebe que o luto deixou de ser normal, e a solidão ser responsável por um luto patológico (Papalia & Olds, 2000).

Estes últimos autores relatam vários estudos sobre a síndrome do ninho vazio e suas repercussões na vida, sobretudo na das mulheres. Tradicionalmente, o homem fica muito tempo fora de casa devido ao seu emprego, e muitas mulheres, hoje idosas, viveram em função da maternidade e depois dos filhos crescidos, casados, com famílias constituídas, coube a elas o papel de acompanhar os netos, no cuidado diário ou na convivência com os mesmos.

Acontece que essas mulheres não tiveram tempo de reorganizar suas vidas, por isso, o ninho vazio deixou-lhes um vazio existencial. A solidão é a consequência de uma vida vivida em função de outras vidas. À medida que envelhecem, muitas mulheres vão tomando consciência do esvaziamento do ninho e procuram alternativas para preencher essa lacuna. Quando isso não acontece, a velhice vem acompanhada de isolamento e solidão (Portella, 2002).

Atentando Neril e Freire (2000) é fundamental para a prevenção ou combate à solidão a implementação/adequação de algumas estratégias, nomeadamente: participar em atividades sociais voluntárias e em grupos culturais; aumentar o círculo de relações sociais; cuidar da saúde física e mental; promover a adaptação às mudanças naturais da velhice e consciencializar das dificuldades que daí advém pretendendo prevenir o isolamento, a inatividade, a depressão e o afastamento social; envolver-se em encontros intergeracionais para transmitir saberes e experiências a outras pessoas; entre outros.

Num estudo de You e Lee (2006), com idosos residentes em meio rural, os idosos que viviam com familiares apresentaram melhores pontuações ao nível de vários parâmetros de saúde física, mental e emocional, comparando com os idosos que viviam sozinhos. Um bom ambiente familiar evita o stress e reduz o risco de doença no idoso, representando um fator de proteção, na percepção dos idosos (Ko, 1996; Min, 1995; Bae, 1992 cit. in You & Lee, 2006).

Na ótica Lopes, Lopes e Camara (2009), o apoio social é fundamental para combater o isolamento do idoso, nomeadamente, sentimentos de solidão, de luto, sendo que os demais tipos de incapacidade (incapacidade física, cognitiva, entre outras) contribuem para o isolamento social e para a depressão do idoso.

### **1.6. Promoção do Envelhecimento Ativo**

O envelhecimento é uma etapa do desenvolvimento humano e tem sido alvo de várias investigações, pelo que o conceito de envelhecimento ativo assume cada mais importância na área de gerontologia, bem como na investigação sobre o processo de envelhecimento (Paúl *et al*, 2003).

Em 2002 a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs o conceito de Envelhecimento Ativo que pretende ser mais abrangente que o conceito de Envelhecimento Saudável, sendo seu objetivo primordial a estimulação e melhoria da qualidade de vida, entendendo o envelhecimento à luz da cultura e do género, visando a otimização de condições de saúde, participação e segurança, na medida em que se reconhece que, além dos cuidados com a saúde, outros fatores afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (Carvalho, 2013; Paúl *et al*, 2003).

Esta noção refere-se à possibilidade de envelhecer com saúde e autonomia, desenvolvendo a participação na sociedade enquanto cidadão ativo, partindo do pressuposto de que todos podem continuar a desempenhar um papel na sociedade, nas suas famílias e seus pares e continuar a usufruir de qualidade de vida. Esta missão assenta em aproveitar da melhor forma o enorme potencial que todos conservamos até ao fim da vida. (OMS, 2002; Eurostat, 2012).

O Envelhecimento Ativo incita os indivíduos a estruturar a sua vida quotidiana, aproveitando ao máximo as oportunidades que estão ao seu alcance, de acordo com as suas necessidades, capacidades e ambições. Para tal, é necessário ter em conta diversos fatores que lhes proporcione um envelhecimento com maior pro-atividade e segurança, tais como: alimentação equilibrada; praticar exercício físico e mental; privilegiar a aprendizagem contínua e das novas tecnologias; fomentar a segurança económica, a participação e as relações sociais, o associativismo e o voluntariado; possibilitar, sem

restrições, o acesso aos serviços e aos apoios disponíveis na comunidade (Eurostat, 2012).

O contributo dos mais velhos para a sociedade é muitas vezes desvalorizado e desprezado, contudo, são muitas vezes os idosos que cuidam dos netos, dos próprios pais ou do cônjuge, para além de realizarem trabalho junto das suas comunidades. Logo, podemos concluir que o envelhecimento ativo significa não só uma melhoria na vida dos que o rodeiam, como também proporciona um desenvolvimento das suas capacidades que lhes permite manter a sua autonomia durante um maior período de tempo e com mais qualidade de vida (Eurostat, 2012). Esta participação mais ativa no meio tem inclusivamente impacto na esperança média de vida, na qualidade de vida e pode diminuir na necessidade de institucionalização.

Assim sendo, de acordo com Carvalho e Fonseca (2015), na perspetiva da Associação Rede de Universidades da Terceira Idade, o envelhecimento ativo tem como objetivo a manutenção da autonomia e da independência, quer ao nível das AVD, quer ao nível das AIVD, a valorização de competências e o aumento da qualidade de vida e da saúde.

Para que o envelhecimento se dê de forma saudável, será necessário ter em conta os seguintes aspetos:

- A autonomia, ou seja, o controlo individual sobre a vida e capacidade de decisão;
- A independência nas AVD, ou seja, a capacidade se auto-cuidar, na manutenção básica do seu corpo e no exercício das competências de manipulação do mundo externo;
- A expectativa de vida saudável (tempo de vida que se pode esperar viver sem precisar de cuidados especiais);
- A qualidade de vida, que inclui a saúde física, o estado psicológico, o nível de dependência, as relações sociais, entre outros.

O envelhecimento será tanto mais saudável quanto maior for o grau de capacitação do indivíduo. Este conceito relaciona-se com o conceito de *empowerment* (empoderamento), que é o processo através do qual os indivíduos aumentam a sua capacidade de fazer escolhas e transformá-las em ações e em resultados desejados.

Assim, para essa capacitação, contribui de forma essencial a participação social na comunidade em que se está inserido (Carvalho & Fonseca, 2015).

Desta forma se explica a importância da socialização para o bem-estar de um idoso, isto porque é sabido que “a participação em atividades sociais promovidas pela comunidade contribui para a melhoria do humor, bem como da memória. Permite conhecer novas pessoas e conviver com os amigos com os quais poderá debater assuntos sobre a atualidade, problemas da sociedade, política, criando oportunidades para debater soluções e alternativas para os mesmos” (Ribeiro & Paúl, 2011, p.81).

As relações de amizade e as redes de vizinhança são extremamente importantes para o bem-estar do idoso, as pessoas que mantêm amigos próximos na terceira idade são mais felizes e saudáveis. De uma forma geral, os idosos tendem a manter as amizades mais duradouras, mas também criam novas amizades, normalmente com vizinhos, que muitas vezes servem de apoio, proporcionando um maior sentido de ligação, de integração e de segurança às pessoas idosas, ou quando participam em novas atividades. Por outro lado, a participação regular num conjunto diversificado de atividades lúdicas contribuirá certamente para uma maior capacitação dos idosos e para uma melhor qualidade de vida. Se forem desenvolvidas em grupo, estas atividades promovem a convivência e o aumento de relações e, ao adquirirem novas aprendizagens, os idosos sentem que o seu crescimento pessoal aumenta e a sua autoestima melhora (Carvalho & Fonseca, 2015).

De uma forma resumida, a promoção do envelhecimento ativo traz benefícios tanto para a sociedade como para o indivíduo. No que diz respeito ao envelhecimento ativo enquanto processo benéfico para a sociedade este promove a contenção das despesas públicas, o aumento da produtividade e a promoção da intergeracionalidade. No que concerne ao indivíduo, o envelhecimento ativo acarreta benefícios tais como: a melhoria do bem-estar; a prevenção de problemas/doenças nas fases mais adiantadas da vida; a inclusão das pessoas com menos recursos; a emancipação e o *empowerment* e, ainda, a promoção da igualdade de género. Estes benefícios traduzem-se num ciclo de vida mais autónomo e saudável para os idosos (Carvalho & Fonseca, 2015).

### **1.7. A importância da autonomia no idoso**

A autonomia é um conceito que está diretamente relacionado, na concepção da OMS (2005), com a capacidade funcional do indivíduo que permite controlar, lidar e tomar decisões sobre a vida diária, conforme as suas regras e preferências.

Para Fortes (1998) a autonomia define-se como “autodeterminação, autogoverno, o poder da pessoa humana de tomar decisões que afetam sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica, suas relações sociais”. Neste seguimento Beauchamp e Childress (2002) referem que “o respeito pela autonomia implica tratar as pessoas de forma a capacitá-las a agir autonomamente, enquanto o desrespeito envolve atitudes e ações que ignoram, insultam ou degradam a autonomia dos outros e, portanto, negam uma igualdade mínima entre as pessoas”. Podemos assim afirmar, que a autonomia está diretamente relacionada com a capacidade que a pessoa tem de escolher autonomamente, de exercer uma reflexão crítica sobre as suas escolhas, assim como, com as capacidades para realizar as suas AVD.

No entanto, podemos verificar que existe uma tendência para interligar a dependência física com a dependência da tomada de decisões ignorando, desta forma, a real vontade do idoso o que leva à anulação da sua autonomia e da capacidade de escolha.

A autonomia, a par da participação, é um termo que nos transporta para o conceito de *empowerment* e que permitiu, aos técnicos, o desenvolvimento de uma nova abordagem para a intervenção social e a perspectiva de que existem opiniões e decisões diversificadas, tendo em conta que cada pessoa é única e que cada caso é um caso e deve ser analisado como tal. O poder de decisão, a autonomia e a participação são concepções que dão lugar ao empoderamento devendo, nas pessoas idosas, ser encarado como oportunidades e como um recurso. Na ótica de Pinto (2013, p. 57) “esta reconstrução social implica uma mudança das atitudes sociais não só face ao envelhecimento, mas em relação a muitos aspetos da organização social, como sejam a educação, a vida ativa-trabalho, reformas.”

### **1.8. A qualidade de vida do idoso**

De acordo com Fontaine (2000, p. 17) o grande “desafio do envelhecimento para os decénios vindouros não era o de dar tempo ao tempo, mas dar qualidade ao tempo”, o

que significa que o grande desafio do século XXI será melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas.

O conceito de Qualidade de Vida surgiu na década de 60, sendo inicialmente utilizado por cientistas sociais, filósofos e políticos. Este termo refere-se essencialmente à valorização dos parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade e também o aumento da expectativa de vida.

A OMS definiu, na década de 90, o conceito de “qualidade de vida como a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Este conceito é estudado em áreas muito diversificadas, tais como: saúde, psicologia e ciências sociais. Mais tarde, em 2002, a mesma Organização definiu que o conceito de qualidade de vida se relaciona com dimensões físicas, psicológicas, sociais e ambientais aos quais estão associados diversos indicadores. Ao nível da qualidade de vida física os indicadores são a percepção que a pessoa idosa tem da saúde, o nível de autonomia, a idade, a educação e a solidão. No que diz respeito à qualidade de vida psicológica os indicadores são a percepção da saúde pelo indivíduo, a solidão, o nível de autonomia, a educação, a idade, os confidentes e as atitudes face ao envelhecimento. No que concerne à qualidade de vida social os indicadores são os amigos e a qualidade das relações de amizade, o nível de autonomia, os confidentes e a solidão. Por último, mas não menos importante, os indicadores que respeitam a qualidade de vida ambiental são o nível de autonomia, o rendimento, a percepção da saúde, os amigos e os confidentes.

Qualidade de vida é definida pelo Instituto da Segurança Social, I.P., como uma forma de “garantir aos cidadãos o acesso a serviços de qualidade, adequados à satisfação das suas necessidades e expectativas, é um desafio que implica o envolvimento e empenho de todas as partes interessadas”.

De acordo com Amaro (2006, p.143) o conceito de qualidade de vida comporta duas dimensões, uma de natureza objetiva e uma de natureza subjetiva. No âmbito das dimensões objetivas incluem-se a saúde física e mental, as condições de habitação, o tipo de alimentação, o acesso a bens de consumo essenciais, o acesso a bens culturais, a integração familiar e comunitária e o acesso à participação cívica. Por outro lado, a dimensão subjetiva engloba indicadores relacionados com a forma como as pessoas

idosas avaliam a sua própria qualidade de vida, e para essa avaliação subjetiva existem diversas escalas que podem ser aplicadas.

O termo qualidade de vida engloba muitos aspetos, nomeadamente a nível económico, pessoal e social bem como, o próprio estado de saúde (bem-estar físico, psicológico, emocional e mental), a capacidade funcional, o nível de independência, o suporte familiar, a realização pessoal, a interação social (o grau de participação no desenvolvimento social), a satisfação com a realização das AVD e a qualidade dos serviços de que a população beneficia, entre outros.

Para Castellon (2003 cit. in Paúl & Fonseca, 2005, p. 303) pode operacionalizar-se o conceito de qualidade de vida na velhice de diferentes formas, em que se distingue:

- A qualidade de vida como a qualidade das condições de vida;
- A qualidade de vida como satisfação pessoal com as condições de vida;
- A qualidade de vida como a combinação das condições de vida e satisfação;
- A qualidade de vida como a combinação das condições de vida e a satisfação pessoal segundo os critérios do próprio indivíduo, tendo em conta a sua escala de valores e aspirações pessoais.

Conforme as várias formas de conceber a qualidade de vida surgem à vista o cruzamento de diversos parâmetros de cariz objetivo, tais como os serviços sociais, o apoio social, o ambiente em que a pessoa idosa vive, as atividades culturais e recreativas e, ainda, o modo de avaliação e valorização que o idoso atribui quando relacionado com os parâmetros anteriormente referidos. As características de ordem pessoal desempenham, de igual modo, um papel importante nessa avaliação, tais como, as expectativas, os valores, os níveis de aspiração, os grupos de referência e as necessidades pessoais dos idosos.

De acordo com Ramos (2004) existem condições alheias ao processo de envelhecimento que se traduzem numa diminuição da sua qualidade de vida:

- Limitações físicas, que conduzem a um aumento de dependência na satisfação das necessidades básicas;

- Reformas baixas, insuficientes para cobrirem as necessidades alimentares, de saúde, de lazer, entre outras;
- Cessação da atividade profissional, que leva a uma perda de papéis sociais, bem como à diminuição de autoestima.

Ramos (2004) refere que mais do que acrescentar anos à vida, devemos preocupar-nos em dar mais vida aos anos, sendo fundamental que a vida do idoso tenha qualidade.

Assim sendo, e segundo Mota e Carvalho (1999), a qualidade de vida, no ponto de vista dos idosos, é principalmente fundamentada pelo seu grau de funcionalidade, saúde e pela capacidade de permanecer independente de terceiros na realização de AVD, pois a autonomia é essencial na promoção do bem-estar do idoso.

### **1.9. Resposta para o envelhecimento: O Centro de Dia**

Com este acentuado fenómeno de envelhecimento, abordado nos pontos anteriores, o Estado e a sociedade vêem-se instigados a criar condições para acolher os idosos. Assim sendo, é necessário operacionalizar respostas sociais ao nível de serviços ao domicílio, nas instituições especializadas que as acolhem, nomeadamente lares, hospitais, centros de dia, centros de convívio e as universidades para a terceira idade.

Durante alguns anos, a institucionalização definitiva dos utentes em situação de dependência foi a única solução para assegurar os cuidados básicos, no entanto, conclui-se da análise de vários autores, que são inúmeros os benefícios de manter o idoso no seu ambiente natural de vida.

#### **1.9.1. Definição e objetivos do Centro de Dia**

Sendo a resposta social de Centro de Dia, o foco do presente trabalho importa enfatizar a sua importância enquanto equipamento social que permite a manutenção das pessoas idosas no seu meio social e familiar. Esta é considerada uma resposta que surge como a “ponte” entre a assistência no domicílio e a assistência em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), entre o utente e o cuidador, o Centro de Dia é, assim, na ótica de Arrazola, Méndez e Lezaun (2003) uma resposta social que presta apoio diurno e que



tem como objetivo último a promoção da melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa, bem como a sua manutenção no seu meio sociofamiliar, o que significa que este equipamento visa favorecer a permanência do idoso no seu meio habitual de vida, prevenir ou retardar as situações de dependência e combater a solidão, promovendo a autonomia. Esta estrutura de apoio ao idoso, constitui-se enquanto alternativa definitiva ou transitória ao internamento na medida em que o pode retardar ou impedir internamentos evitáveis.

Segundo Moura (2014) o Centro de Dia, enquanto resposta social que pretende apoiar a pessoa idosa, tem como público alvo idosos preferencialmente com idade superior a 60 anos, em situação de vulnerabilidade ou risco de exclusão social e que a sua condição a obrigue a recorrer a outras pessoas ou equipamentos sociais para a realização das AVD.

Para Manchola (2000), define-se como um serviço diurno multidisciplinar destinado a utentes que apresentem problemáticas do foro socio-assistencial, proporcionando assistência continuada durante tempo indefinido possibilitando a vida laboral dos restantes membros da família. Para o mesmo autor, os principais objetivos são possibilitar a permanência da pessoa no seu ambiente habitual, oferecer um ambiente protetor que possa cobrir as necessidades bio-psico-sociais e de saúde de forma a preservar a melhor qualidade possível e não menos importante, a prevenção do agravamento cognitivo (oferecendo ferramentas à família que o possam auxiliar) tendo em vista o atraso na institucionalização definitiva.

Para Bonfim e Saraiva (1996), a resposta social Centro de Dia objetiva:

- a. Prestação de serviços que satisfaçam as necessidades básicas;
- b. Prestação de apoio psico-social;
- c. Fomento das relações interpessoais ao nível dos idosos e destes com outros grupos etários, a fim de evitar o isolamento.

### **1.9.2. Modelos organizacionais**

Os Centros de Dia, aparecem a título experimental em Portugal nos anos setenta (Jacob, 2012). Apesar de no nosso país não ser ainda perceptível uma sub-divisão nos vários tipos de Centro de Dia, é inegável que a especificidade dos serviços prestados em

função das necessidades mais prementes do utente se traduz num melhor resultado. Assim, de acordo com Manchola (2000), existem quatro tipos:

- Centro de Dia normalizado, o utente apresenta ainda um bom nível de capacidades físicas e psicológicas, não representando uma carga excessiva a esses níveis, sendo o principal problema o desajustamento social;
- Centro de Dia monográfico, destina-se ao acolhimento de utentes com demência senil em diferentes estádios; a intervenção centra-se essencialmente em ações preventivas e terapêuticas dirigidas ao utente, no entanto, a intervenção é igualmente dirigida aos cuidadores informais;
- Centro de Dia misto, pressupõe o acolhimento dos dois tipos de utentes mencionados anteriormente, sendo aproveitados os recursos terapêuticos comuns;
- Centro de Dia psicogeriátrico, é um serviço dirigido às vertentes preventiva e terapêutica dos utentes com demência senil em diferentes estádios, com problemas de cariz social (sendo este último o fator que o distingue da tipologia monográfica). Este é um modelo onde a intervenção psicossocial e de saúde se complementam e coordenam resultando numa prestação de programas clássicos de carácter social e programas de reabilitação. Assim, os programas sociais dirigem-se à integração e apoio social dos utentes e os programas terapêuticos, que integram intervenção nas áreas física e psíquica, implementam-se através de prevenção primária e secundária.

### **1.9.3. Serviços /Programas de intervenção**

De acordo com os autores Bonfim e Saraiva (1996), esta resposta social presta como principais serviços o apoio nas refeições, convívio e atividades lúdicas, cuidados de higiene e conforto bem como tratamento de roupas.

Para Manchola (2000) os serviços disponibilizados num Centro de Dia estão assim subdivididos:

- Programas básicos, incluídos neste ponto os cuidados de saúde, cuidados pessoais (alimentação e higiene), apoio e tratamento social, inserção social, promoção de AVD e dinamização socio-cultural;

- Reabilitação cognitiva (tratamento ativo);
- Intervenção terapêutica ambiental;
- Acompanhamento e assessoria à família;
- Transporte
- Outros serviços: podologia, tratamento de roupa (lavandaria), cabeleireira/estética, horário alargado de funcionamento, biblioteca, compras para o lar, possibilidade de levar o jantar preparado para casa.

Assim sendo, no entender do autor deste trabalho, os programas de intervenção dividem-se em, essencialmente, duas grandes áreas, a da saúde e a social.

Na área da saúde englobam-se os cuidados com a alimentação que é muitas vezes descurada pelos mais velhos, fruto também de patologia orgânica que pode aparecer nestas faixas etárias, nomeadamente as dificuldades na deglutição (cujas causas são várias), a perda de dentição, a própria coordenação motora que vai comprometendo o ato de se alimentar, entre outras. Além da sensibilização para esta problemática, é também necessária uma avaliação individualizada, para que, em articulação com os serviços de cozinha sejam satisfeitas as necessidades para aquele indivíduo em concreto. A par da alimentação, a atividade física não deve ser descurada, embora sempre adaptada à faixa etária em questão. Assim, deverão existir planos de manutenção de mobilidade física e até reabilitação quando esta se torna necessária, ações de sensibilização para a adoção de estilos de vida saudáveis, bem como prevenção de quedas, que estão diretamente relacionadas muitas vezes com a perda de mobilidade e diminuição da velocidade de reação.

A atividade física deve ser devidamente estruturada, mas a componente cognitiva deve ser também devidamente estimulada através de atividades lúdicas, jogos, exercícios...

Ainda no domínio da saúde, os cuidados de enfermagem e médicos são igualmente essenciais, e assentam não só na prevenção, como na deteção precoce de patologias (usando muitas vezes como método de rastreio algumas medições ocasionais: tensão arterial, peso, glicemia capilar) e tratamento das mesmas quando detetadas. Os cuidados de higiene dos utentes são igualmente avaliados, e efetuada intervenção adequada,

sendo muitas vezes necessária a prestação de ensinamentos ao utente ou cuidadores dependendo do grau de autonomia do próprio.

Ao nível da intervenção social, destacam-se a necessidade da promoção de atividades que mantenham alguma ligação com o quotidiano prévio (por exemplo, se o utente era praticante de alguma modalidade, dentro do possível deverá mantê-la), ou se inexistentes deverão ser criadas e adaptadas às condicionantes do próprio. A componente familiar (quando existente) não deve ser esquecida, pois em alguns casos permite manter viva a relação com o domicílio.

A intergeracionalidade deve igualmente ser promovida através da criação de programas comuns entre idosos e crianças, e que, claramente traz benefícios para ambas as faixas etárias.

Há ainda a acrescentar um outro nível de intervenção – ambiental – que estará devidamente explanado no ponto 1.9.4.

Assim, tendo estes pressupostos de intervenção e serviços disponíveis, deverá existir um plano de atividades devidamente estruturado, com horários fixos (sempre sujeitos a alterações), e afixado em local bem visível de modo a, tanto profissionais como utentes e seus familiares possam ter acesso ao planeamento semanal/mensal.

O Centro de Dia deverá de ter um horário de acordo com os seus utilizadores de forma a ir ao encontro das necessidades das pessoas com as limitações próprias da sua condição e que pretendam e possam usufruir dessa resposta social. Idealmente, o seu funcionamento deverá ser articulado com os serviços da comunidade nomeadamente: Junta de Freguesia, serviços de saúde; escola e outras Instituições de Solidariedade Social (IPSS) e estabelecer parcerias para promover algumas atividades em conjunto.

No funcionamento do Centro de Dia destacam-se os seguintes pontos: deve permitir ao seu utilizador usufruir do estatuto de associado, pagando uma quota mensal ou anual, que lhe permita um sentimento de maior pertença e participação; os serviços prestados deverão ser pagos de acordo com a Circular nº 4 e conforme o Regulamento Interno.

#### **1.9.4. Estrutura física**

Em termos estruturais um Centro de Dia pode coexistir no mesmo espaço físico que uma ERPI ou outras respostas sociais, ou como estrutura autónoma.

São várias as particularidades desta faixa etária, tanto físicas como intelectuais, que obrigam a uma adequação do espaço/ambiente da estrutura física do Centro de Dia. Manchola (2000) elencou algumas das especificidades arquitectónicas a ter em conta: espaços amplos e geometricamente simples de forma a permitir uma mobilidade mais facilitada, luminosidade, utilização de cores suaves no pavimento e paredes, aplicação de sistemas de segurança (portas, janelas, pavimentos com humidade, radiadores...), colocação de ajudas técnicas e acesso ao exterior. Os próprios materiais e equipamentos devem também ser adaptados, segundo o mesmo autor, como por exemplo mesas com altura inferior á standard.

Os principais espaços utilitários são: gabinete administrativo/recepção, gabinete técnico, refeitório, cozinha, despensa, lavandaria, instalações sanitárias, banhos e gabinete de estética.

#### **1.9.5. Recursos Humanos**

Relativamente aos Recursos Humanos, de acordo com as orientações da Segurança Social (Guião Técnico da Resposta Social Centro de Dia, 1996), esta resposta social deverá de ter um quadro pessoal de acordo com o número de utentes. O quadro pessoal, para a resposta social em análise são: Diretor Técnico; Animadores; Auxiliares de Ação Direta; Auxiliares de Serviços Gerais e pessoal assistente em número adequado.

#### **Síntese**

O desenvolvimento da saúde, das condições habitacionais, da alimentação, do emprego, rede social tem potenciado o aumento da esperança média de vida, por outro lado a natalidade encontra-se em crise e assim assiste-se na atualidade a uma mudança do padrão demográfico com o aumento da população nas faixas etárias acima dos 65 anos.

Como consequência da industrialização e objetivando sempre o crescimento económico e o produtivismo, a sociedade privilegia os sujeitos em idade ativa, tendo em conta que são considerados úteis. Tal facto pode diminuir a capacidade produtiva da pessoa em situação de fragilidade, podendo potenciar doenças, devido às situações stressantes.

Aqui podemos referir que o idoso, quando vê reduzida a sua autonomia é rapidamente excluído do mercado de trabalho, uma vez que pensar no idoso como ser de sabedoria, conhecimento e respeito é uma realidade distante da atual. O idoso, na sua ótica já não tem nenhum papel a desempenhar apresentando, assim, predisposição para o isolamento aumentando a sua fragilidade e a sua dependência.

A problemática do envelhecimento tem permitido a consciencialização e sensibilização para as questões que lhe são inerentes revelando-se importante pensar-se em novas formas de atuar com a população idosa, uma vez que o grande problema que se impõe às sociedades modernas é não saber o que fazer com os idosos. É cada vez mais importante pensar no homem enquanto ser individual, com desejos e necessidades diferentes, e ver o envelhecimento uma forma multidisciplinar e dimensional. Idealizar o envelhecimento ativo não é suficiente, temos que contribuir para o processo de forma participativa, consciencializando-nos das dificuldades e limitações impostas pela sociedade sendo fundamental a pessoa preparar a sua velhice a diversos níveis, nomeadamente, social, cultural, físico, relacional e económico.

Apesar da promoção de estilos de vida que permitam um envelhecimento ativo, muitas são as alterações que vão condicionando situações de dependência, quer física ou de outra ordem. De forma a permitir que os seus cuidadores possam manter a sua vida ativa, surge a resposta social do Centro de Dia. São vários os autores que se debruçam sobre esta temática, e múltiplas são as definições encontradas; de uma forma sintética, constitui o apoio diurno ao utente em situação de fragilidade, permitindo a sua permanência no ambiente do domicílio, em que o principal objetivo é a promoção da melhoria da qualidade de vida.

Num Centro de Dia, os programas de intervenção dividem-se essencialmente em três grandes áreas: saúde, que engloba os cuidados com a alimentação, promoção de estilos de vida saudáveis, cuidados de higiene, entre outros; na área social, a tentativa de manter o utente socialmente ativo, dando ênfase também aos programas

intergeracionais; e ainda a área ambiental, através da adaptação dos recursos materiais a esta faixa etária.

A pessoa idosa e o envelhecimento embora sejam já uma preocupação para a sociedade de uma forma geral suscitam, em particular, uma apreensão por parte dos técnicos, tornando-se fundamental refletir e perceber este fenómeno. Com o intuito de perceber e colmatar as implicações deste fenómeno surgiu a gerontologia, permitindo um olhar esclarecedor e atento sobre o envelhecimento e possibilitando uma análise e reflexão mais profissional.

Devemos pautar a nossa ação diária nas leis e valores que regem a sociedade, mas mais importante é reconhecer a pessoa enquanto sujeito de direitos e de vontades. A ética e os princípios orientadores da ação profissional devem se encontrar sempre presentes em qualquer intervenção.

## **CAPÍTULO II**



## **2. Metodologia, objeto e objetivos do estudo**

Nesta fase pretende-se identificar objeto de estudo e os objetivos que orientam todo este trabalho, assim como a metodologia adotada.

Em Ciências Sociais a delimitação do campo de estudo bem como a metodologia a utilizar são de extrema importância, deles dependem o sucesso do projeto de investigação a efetuar.

### **2.1 Objeto de estudo**

O objeto do estudo centra-se na exposição da prática profissional do Assistente Social - Diretor Técnico em contexto de Centro de Dia. O autor debruçar-se-á ainda sobre as necessidades dos utentes do Centro de Dia, numa perspetiva de implementação de um programa de estimulação cognitiva (PEC) com o objetivo de prevenir o declínio cognitivo associado à idade.

### **2.2 Objetivos**

#### **2.2.1 Objetivo Geral**

1. Foi definido como objetivo geral deste estudo estruturar uma reflexão e análise crítica que incide sobre a Prática Profissional do Assistente Social enquanto Diretor Técnico da Resposta Social Centro de Dia;
2. Proposta de implementação do PEC.

#### **2.2.2 Objetivos Específicos**

Para prossecução do objetivo geral deste estudo e, tendo em conta as principais diretrizes a cumprir de forma proveitosa e correta, propõem-se como objetivos específicos:

- Definir os elementos transversais do quotidiano profissional do Assistente Social e refletir sobre a sua prática profissional;

- Reconhecer o impacto da estruturação das funções de Diretor Técnico na relação com a instituição e com os utentes;
- Analisar as associações existentes entre o papel do Assistente Social e o desempenho de funções de direção técnica do serviço;
- Reconhecer que a população idosa apresenta características específicas nomeadamente do ponto de vista cognitivo, motor, sensorial, entre outras dimensões, e daí a necessidade de atividades específicas de ocupação e estimulação – um PEC – visando a prevenção do declínio das funções cerebrais que surge associado à idade, assim como das próprias alterações que surgem a nível dos processos sociais.

### **2.3. Metodologia**

Além da reflexão crítica acerca da prática do Assistente Social enquanto Diretor Técnico na resposta social Centro de Dia, tal como já mencionado, serão analisadas as necessidades dos utentes do Centro de Dia sobretudo do ponto de vista cognitivo, com a perspetiva de implementar um PEC para tentativa de prevenção do declínio cognitivo associado à idade e posteriormente avaliar a sua influência. Assim, atentando no segundo ponto, torna-se importante a definição da metodologia a utilizar.

A investigação em Serviço Social serve como complemento à prática de intervenção, no sentido em que se torna fundamental investigar para intervir de forma mais adequada sobre os problemas sociais.

De acordo com a revisão da literatura, e de uma forma muito sucinta, existem basicamente duas metodologias de investigação: a qualitativa e a quantitativa.

Os estudos efetuados com base em métodos qualitativos analisam comportamentos, procuram compreender problemas, atitudes e valores. Trata-se de um tipo de investigação mais descritivo em que o investigador desenvolve ideias a partir de uma observação efetuada. A expressão investigação qualitativa é um termo genérico que agrupa diversas estratégias que partilham determinadas características. “Os dados recolhidos são designados por qualitativos, o que significa ricos em pormenores descritos relativamente a pessoas, locais e conversas, e de complexo tratamento

estatístico (...) formulados com o objetivo de investigar os fenômenos em toda a sua complexidade e em contexto natural. (...), a abordagem à investigação não é feita com o objetivo de responder a questões prévias ou de testar hipóteses” (Bodgan e Biklen, 1994).

Por outro lado, os estudos que assentam na metodologia quantitativa são de certa forma mais complexos, e têm como principais características, segundo Sousa e Baptista (2011): estudar uma realidade objetiva; o investigador ser independente do objeto em estudo; utilizar um método experimental ou quase-experimental; definir hipóteses de acordo com as variáveis em estudo; estabelecer relações causa-efeito, verificar hipóteses através de análise estatística de dados; utilizar medidas numéricas para testar hipóteses; ser possível generalizar resultados a partir de uma amostra, e ter forte validade externa, mas débil validade interna. Os autores referem que a vantagem de um estudo quantitativo é a possibilidade de integrar e comparar resultados com estudos realizados no mesmo campo de estudo, apresentando como possível desvantagem o investigador não controlar variáveis independentes.

No entanto, não há nenhuma abordagem que determine ou exclua qualquer método em particular, sendo que o importante é, selecionar uma abordagem e métodos de recolha de dados que coloquem em sintonia a natureza do estudo, o tipo de informação que se visa obter e as condições nas quais a investigação será realizada (Bell, 2008).

Assim, o autor deste trabalho optou por uma intervenção baseada em metodologias de carácter qualitativo, uma vez que se pretende não só uma simples recolha de dados numéricos ou estatísticos, mas sim também uma análise de sentimentos, atitudes e experiências dos participantes envolvidos.

Dentro da metodologia qualitativa são vários os tipos de investigação possíveis, nomeadamente o estudo de caso, a investigação etnográfica, a investigação-ação, entre outros.

A investigação-ação, surge da necessidade da existência de uma ponte entre a teoria e a prática; através dela procura-se intervir na prática no decorrer do próprio processo de investigação e não apenas como consequência final dessa mesma observação. A intervenção do investigador e do objeto no processo coexistem e a aprendizagem ao longo do processo é mútua, envolvendo uma reflexão conjunta.

## **2.4. Técnicas de recolha de dados**

Para a realização deste trabalho e desenvolvimento do PEC foram usadas várias técnicas de recolha de dados:

- **Análise documental:** é a base de qualquer trabalho de investigação e permite construir um enquadramento teórico e articulado de acordo com diferentes autores, de modo a facilitar a compreensão da problemática; procedeu-se à pesquisa de bibliografia acerca da temática, foram ainda consultados regulamentos da instituição bem como do processo clínico dos utentes;
- **Observação direta e participante:** o autor observa diretamente sem a intervenção de terceiros o objeto de estudo, participando de certa forma ativamente uma vez que interage com o mesmo. Esta técnica é de extrema importância no trabalho uma vez que possibilita uma interação com o utente, a recolha de dados, opiniões, reações, entre outros aspetos positivos que não seriam possíveis de obter caso a observação não fosse participante;
- **Inquérito por questionário:** foi efetuada recolha de dados demográficos dos utentes para conhecimento das características da amostra a estudar; a par disso foram também utilizadas escalas de avaliação que estarão devidamente mencionadas e explanadas no capítulo 4.

## **CAPÍTULO III**

### **3. Enquadramento Institucional**

O presente capítulo tem como objetivo a caracterização da instituição ADIB, nomeadamente, a caracterização da zona geográfica em que se insere, as suas diferentes respostas sociais, o quadro geral dos recursos humanos e mais concretamente a resposta social Centro de Dia que será o principal objeto de estudo.

#### **3.1. Caracterização da Zona Geográfica**

Incidindo o presente trabalho sobre os serviços prestados por uma resposta social de Centro Dia na instituição ADIB (Associação para o Desenvolvimento Integral de Barrosas) em Barrosas - Felgueiras, consideramos pertinente realizar uma abordagem ao Concelho.

O Concelho de Felgueiras, situado na região Norte de Portugal no Distrito do Porto, na parte superior do Vale do Sousa, Região Norte – NUT II e na Sub-região Tâmega – NUT III, está integrado no chamado “Arco metropolitano do Noroeste” (Prot-N, 2007), e numa coroa de transição entre o litoral e a faixa intermédia poente da cidade, mantendo laços fortes com os municípios vizinhos (Concelhos de Lousada, Vizela e Amarante) e com a área metropolitana do Porto.

O Município de Felgueiras é densamente povoado. Conforme os Censos de 2011 a densidade rondava os 501,7 hab/km<sup>2</sup>. A distribuição da população sofre, obviamente, oscilações ao longo do território, estando esta distribuição de alguma forma relacionada com a própria morfologia territorial, no entanto, em nenhuma freguesia a densidade é inferior a 200 hab/ km<sup>2</sup>. Por comparação a densidade média no continente é de 113,6 hab/ km<sup>2</sup> e na Região Norte é de 175,9 hab/ km<sup>2</sup>. Conta com 20 freguesias, ocupando uma área de cerca de 116 km<sup>2</sup>, e integra quatro centros urbanos: a cidade de Felgueiras (sede do concelho), a cidade da Lixa, a vila de Barrosas e a vila da Longra. É notória, segundo o Diagnóstico Social do Concelho de Felgueiras, mais população nas freguesias mais urbanas em detrimento das freguesias mais rurais.

Nos últimos cinco recenseamentos gerais da população (1970, 1981, 1991, 2001 e 2011) tem-se verificado um crescimento constante da população residente a nível concelhio.

A população está inserida num meio onde a indústria tem um papel predominante, sobretudo na área do calçado; este concelho de Felgueiras apresenta uma baixa taxa de desemprego.

Portugal tem assistido, desde há muitos anos, a problemas com a sua dinâmica de crescimento populacional devido às baixas taxas de fecundidade e ao progressivo envelhecimento da população. Neste âmbito, é particularmente relevante o crescimento registado entre 1991 e 2001, período no qual a população residente cresceu 17,2%, um dos maiores crescimentos da Região Norte e do País. No entanto, em 2011 o concelho segue a tendência nacional pelo que se verifica um decréscimo para 0,82%, aumentando a população com mais de 65 anos em 33,82%. O aumento da percentagem de idosos na população total do país é consequência do contínuo decréscimo da taxa de fecundidade e do aumento da esperança média de vida dos portugueses à nascença e pode constatar-se que à semelhança das transformações acontecidas na estrutura etária da população do país, sentidas nas últimas décadas, também o Concelho de Felgueiras segue esta tendência e apresenta-se agora mais envelhecido. Comparando os Censos de 2001 e 2011 pode verificar-se o gradual envelhecimento da população residente o que prefigura uma diminuição da vitalidade demográfica de Felgueiras.

A taxa de fecundidade (28,5%) é mais baixa do que a média nacional (33,9%) e no que concerne à taxa de natalidade teve um decréscimo nas últimas duas décadas. Após análise dos dados expostos no Diagnóstico Social de Felgueiras pode constatar-se que o aumento do índice de envelhecimento é, igualmente, uma importante consequência desta alteração dos padrões demográficos, uma vez que entre 2001 e 2013 quase que duplicou.

Assim, a análise de dados realizada permite-nos concluir que no Concelho de Felgueiras se verifica uma diminuição da taxa de natalidade e um aumento do índice de envelhecimento verificando-se, desta forma, que os nascimentos não equilibram os óbitos não existindo, assim, renovação da população.

Constituindo os idosos um grupo significativo da população, tornou-se fundamental encontrar formas de compatibilizar o envelhecimento e a qualidade de vida. Assim, são desenvolvidos esforços no âmbito da ação social, que tem procurado, ao longo dos tempos, atuar de forma a responder às necessidades da população idosa. A resposta

social ERPI foi, durante décadas, a única resposta social cuja utilização consistia na institucionalização do idoso, que ali se mantinha, geralmente, até ao final da sua vida.

Como consequência do crescimento do índice de envelhecimento no concelho, tornou-se necessário o crescimento de respostas sociais que pretendessem colmatar as necessidades deste público-alvo. Assim sendo, podemos aferir que os serviços prestados pelas Instituições do concelho dirigidos a esta população envelhecida são: oito Equipamentos Residenciais para Pessoas Idosas, sete Centros de Dia, três Centros de Convívio, dez instituições a prestar Serviço de Apoio Domiciliário e, ainda, quatro famílias de acolhimento de pessoas idosas.

Podemos concluir que o concelho de Felgueiras tem vários equipamentos sociais para as várias problemáticas, de forma, a colmatar muitos dos problemas sociais associados à velhice.

### **3.2. Caracterização da Instituição**

A ADIB é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), fundada em 1980, tem como objetivo e conforme descrevem os estatutos aprovados por Despacho Ministerial de 25 de julho de 1990, fomentar o progresso sociocultural da população de Barrosas, freguesia de Idães, e a criação e desenvolvimento de infraestruturas sociais à infância e terceira idade. A 1 de setembro de 1990 iniciou o seu funcionamento e o seu financiamento advém maioritariamente de acordos de cooperação celebrados com o Centro Distrital da Segurança Social do Porto contando, também, com as participações dos utentes, quotizações e donativos.

A ADIB está sediada na Vila de Barrosas, freguesia de Idães, concelho de Felgueiras, e apresenta-se como um equipamento social de reconhecido mérito no concelho e territórios limítrofes, dando resposta a diversas necessidades da população. O território de intervenção da ADIB abrange, assim, a totalidade das vinte freguesias do concelho de Felgueiras, designadamente: Aião, Airães, Friande, Idães, Jogueiros, Penacova, Pinheiro, Pombeiro de Ribavizela, Refontoura, Regilde, Revinhade, Sendim, União das Freguesias de Macieira da Lixa e Caramos, União das Freguesias de Margaride (Stª Eulália), Várzea, Lagares, Varziela e Moure, União das Freguesias de Pedreira, Rande e Sernande, União das Freguesias de Torrados e Sousa, União das Freguesias de Unhão e



Lordelo, União das Freguesias de Vila Cova da Lixa e Borba de Godim, União das Freguesias de Vila Fria e Vizela (S. Jorge). Para além do concelho de Felgueiras, a ADIB também dá resposta às freguesias de Santo Estevão de Barrosas, Lustosa e Santa Margarida de Lousada, bem como de Santa Eulália de Barrosas, em Vizela. Estas freguesias são, na sua generalidade, caracterizadas por situações de pobreza acentuada em alguns subgrupos populacionais. Apesar das melhorias significativas no bem-estar das crianças e das suas famílias, as crianças permanecem um grupo particularmente vulnerável, tendo em conta que a infância surge como uma fase decisiva nas subseqüentes oportunidades de vida e onde a múltipla privação pode ter um impacto irreversível na transmissão intergeracional da pobreza. A extensão e a intensidade de situações particularmente graves de pobreza e maior vulnerabilidade evidenciam contornos diversificados. Coexistem situações tradicionais de pobreza, colocadas à margem das estruturas e instituições da vida social, a par das novas configurações, resultantes de processos de modernização desiguais. Os ritmos acelerados da vida profissional, da vida familiar e da desintegração do tecido social tanto urbano como rural, contribuem para o aumento dos problemas sociais onde as crianças e os idosos são as principais vítimas. Crianças e idosos, vêem-se assim, desprovidos da retaguarda familiar que lhes garantia o acompanhamento e os cuidados necessários, colocando a descobertas situações de negligência, solidão e abandono<sup>1</sup>.

É neste contexto que a ADIB surge, orientada para a área da ação social, com a criação de um conjunto de serviços que responda às necessidades da família e da comunidade, com base em duas áreas prioritárias de intervenção: Infância e terceira idade.

A Instituição tem atualmente em funcionamento a Creche, o Jardim-de-Infância, o centro de Atividades de Tempos Livres, a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (2 unidades), o Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário.

Abaixo encontram-se listadas as respostas sociais disponíveis na instituição, capacidade e objetivos para cada uma delas (de acordo com o Regulamento Interno em Anexo II).

<sup>1</sup>Fonte: Programa Rede Social, Pré Diagnóstico – CLAS Felgueiras, Fevereiro 2004

**Tabela 1:** Caraterização das respostas sociais da ADIB

<b>Resposta Social</b>	<b>Capacidade</b>	<b>Objetivo</b>
<b>Infância:</b> <b>Creche; Jardim de infância;</b> <b>Centro de Atividades de</b> <b>Tempos Livres</b>	115 crianças	Acolher crianças desde 4 meses de vida até aos 12 anos de idade, permitindo que os pais mantenham a sua atividade profissional.
<b>SAD</b> <b>(Serviço de Apoio</b> <b>Domiciliário)</b>	15 utentes	Prestar apoio à pessoa idosa no domicílio - alimentação, cuidados de saúde, higiene pessoal/habitacional, e acompanhamento socioafetivo.
<b>ERPI</b> <b>(Estrutura Residencial para</b> <b>Pessoas Idosas)</b>	52 utentes	Acolher idosos em regime de residência permanente, prestando apoio nas várias vertentes.
<b>CD</b> <b>(Centro de Dia)</b>	25 utentes	Promover a ocupação do tempo do utente, dinamizando diversas atividades, de forma a contribuir para o seu bem-estar e qualidade de vida.

**Fonte:** Elaboração própria

Para além das respostas sociais acima mencionadas, a ADIB disponibiliza o Espaço Saúde que presta serviços de Psicologia, Terapia da Fala, Enfermagem, Medicina e Fisioterapia.

No que diz respeito à organização interna, sob o ponto de vista da representação, a Instituição, dispõe de três órgãos estatutários independentes entre si, nomeadamente, a Assembleia-Geral, o Conselho Fiscal e a Direção como órgão executivo, composta por treze membros. A estrutura organizativa da ADIB assenta numa Gestão de Topo em que, ao nível da operacionalidade, dispõe de dois Diretores Técnicos (nível tático), que assumem funções de gestão intermédia e 65 funcionários afetos a cada valência ou serviço (nível operacional), dos quais 5 são do género masculino e 60 do feminino.

Assim, fazem parte do quadro geral de recursos humanos, um médico, duas enfermeiras, uma psicóloga, duas assistentes sociais, cinco educadoras de infância, duas educadoras sociais, duas animadoras socioculturais, duas administrativas, um fiel de armazém, um cozinheiro chefe, três cozinheiros, três ajudantes de cozinha, vinte auxiliares de ação direta, onze auxiliares de ação educativa, nove auxiliares de serviços gerais.

### 3.2.1 Quadro Geral dos Recursos Humanos da instituição ADIB:

**Tabela 2:** Quadro geral dos recursos humanos da instituição ADIB

Respostas Sociais			Recursos humanos	
Comuns às Respostas Sociais			Direção	
			2 Diretores Técnicos	
			1 Serviços administrativos	
			1 Médico	
			2 Enfermeiras	
			3 Cozinheiros	
			3 Ajudantes de Cozinha	
			1 Fiel de Armazém	
			1 Nutricionista	
			1 Psicóloga	
			1 Terapeuta da Fala	
			3ªIdade	ERPI – 01 e 02 SAD CENTRO DE DIA
21 Auxiliares de Ação Direta				
7 Serviços Gerais				
2 Animadores Socio - Culturais				
Infância	Creche	Berçário	1 Educadora de Infância	
		Sala 1	4 Auxiliares de ação educativa	
		Sala 2	1 Educadora de Infância	
			1 Auxiliar de ação educativa	
		Comum	1 Serviços Gerais	
	Jardim	Sala1	1 Educadora de Infância	
			1 Auxiliar de ação educativa	
		Sala2	1 Educadora	
			1 Auxiliar de ação educativa	
		Comum	1 Serviços Gerais	
CATL		1 Educador Social		
		2 Auxiliar de ação educativa		
RLIS			2 Psicólogos	
			2 Assistentes sociais	
			1 Educadora social	
			1 Administrativo	

Fonte: Elaboração própria

### 3.3. Caracterização da Resposta Social: Centro de Dia

O Centro de Dia é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados na instituição, durante o período diurno, a indivíduos

e famílias quando, por motivos de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária.

Do ponto de vista lúdico-recreativo, e de forma a garantir o bom funcionamento desta resposta social, existe um plano de atividades anual, elaborado em conjunto pelo Diretor Técnico e pela animadora sociocultural, sujeito a aprovação da Direção. Este plano pretende estimular os utentes e a sua participação nas atividades disponíveis. A nível mensal e semanal existe igualmente um plano mais pormenorizado com as atividades a efetuar, sendo este elaborado pela animadora. Tais atividades incluem: prática de exercício físico (exemplos: ginástica, hidroginástica, boccia); ateliers de expressão corporal, musical e plástica, assim como de informática; visualização de filmes ou programas televisivos; jardinagem, jogos de mesa ou tabuleiro; workshops de dança e culinária, entre outros.

Além de garantir a prática de atividades que permitem manter o utente ativo do ponto de vista psicomotor, são prestados outros serviços, nomeadamente:

- Alimentação e programa de Nutrição: os utentes são avaliados pela equipa de saúde (médico, enfermeira e nutricionista) com frequência mensal (e sempre que necessária uma reavaliação), e é elaborado um plano alimentar individualizado e dado o seu conhecimento à equipa da cozinha. Diariamente e consoante as suas necessidades é prestado apoio durante a ingestão da refeição;
- Higiene: contempla a higiene pessoal (banho assistido, hidratação corporal, cuidados à imagem e de conforto), o tratamento das roupas (lavar e engomar as roupas) e higiene habitacional (limpeza das várias divisões da casa), que são prestados consoante a frequência definida para cada utente;
- Cuidados de Saúde: estão disponíveis a avaliação médica e de enfermagem, cuja periodicidade é definida individualmente para cada utente e de acordo com as suas patologias. É efetuado controlo periódico de tensão arterial, glicemias, peso; são promovidas ações de sensibilização para aquisição de estilos de vida saudáveis e prevenção de fatores de risco vascular; são ainda efetuados pensos e preparação e administração de medicação. Em situações de agudização, após a avaliação da equipa de

saúde e quando necessário, os utentes são encaminhados para o hospital, e nesse caso é informado o responsável pelos mesmos;

- Acompanhamento ao exterior: é efetuado acompanhamento do utente aos serviços de saúde (exemplos: consultas no Centro de Saúde ou Hospital), na aquisição de bens, pagamento de contas, entre outros;

- Apoio psicossocial: identificação e encaminhamento de situações potencialmente destabilizadoras do ponto de vista psicológico ou social (exemplo: doença súbita de uma pessoa próxima, rutura afetiva com um familiar, conflitos entre os utentes, entre outros);

- Transporte dos utentes do domicílio para a instituição e vice-versa.

Durante a semana, o apoio nas refeições, cuidados pessoais e de saúde, terapia ocupacional e suporte social são prestados a nível da instituição; o transporte dos utentes é igualmente assegurado pela equipa de auxiliares. Ao fim-de-semana e feriados é prestado apoio ao nível da alimentação no domicílio.

Sendo a ADIB constituída por respostas sociais dirigidas a crianças e a idosos, são desenvolvidas atividades que permitam o intercâmbio de experiências entre as gerações, e têm como objetivo a transmissão de valores culturais, a resolução de problemas sociais e a prevenção da segregação social do idoso.

Os recursos humanos afetos à resposta social são:

**Tabela 3:** Recursos Humanos do Centro de Dia

Nº unidades	Categoria profissional	Tipo vínculo	Percentagem de afetação	Observações
1	Diretor Técnico	Efetivo	30%	a)
1	Auxiliar de ação direta	Efetivo	100%	
1	Cozinheiro	Efetivo	50%	a)
1	Animador sociocultural	Efetivo	50%	a)
1	Auxiliar de serviços gerais	Efetivo	50%	a)

**Fonte:** Acordo de Cooperação da Segurança Social

a) Comum a outras respostas sociais

Apesar de não terem carácter obrigatório, de acordo com o regulamentado para a resposta social Centro de Dia, o apoio nutricional bem como os cuidados médicos ou de enfermagem são igualmente prestados na ADIB. O pessoal interveniente nestes serviços é requisitado da resposta social ERPI.

### **3.4. O perfil dos clientes da resposta social de Centro de Dia**

O primeiro contacto com os utilizadores do Centro de Dia e seus familiares acontece durante o processo de admissão dos utentes, que permite conhecer numa primeira fase o contexto familiar em que os idosos se encontram inseridos. É efetuada inicialmente uma entrevista ou atendimento social, em que participa o familiar ou responsável, o próprio utente e Diretor Técnico; é elaborada uma ficha de avaliação que integra diversas questões sobre os idosos e seus responsáveis/familiares, são definidos os principais problemas do utente de forma a adequar a resposta às suas necessidades. Em alguns casos é também essencial uma visita domiciliária. Os serviços a prestar são definidos no ato da sua admissão, podendo, contudo, ser reajustados após avaliações periódicas.

A seleção dos utentes é feita com base em critérios de admissão que se encontram descritos no regulamento interno da resposta social de Centro de Dia, embora seja sempre necessária a validação/aprovação da Direção da Instituição. Os critérios de admissão referidos são:

- Idade mínima de 65 anos ou inferior a esta, desde que reformado por invalidez ou apresente problemas sociais;
- Situação social e/ou económica desfavorecidas;
- Situação de marginalização/exclusão social e casos sociais urgentes devidamente sinalizados pelas entidades/organismos competentes;
- Impossibilidade do utente realizar as suas AVD e/ou satisfação das suas necessidades básicas;
- Ausência ou indisponibilidade da família ou outras pessoas para assegurar os cuidados básicos;
- Idoso que tenha outros parentes, nomeadamente cônjuge já internado na instituição;
- Situação de dependência que não possa ser gerida noutra resposta social;

- Vontade expressa pelo utente e seus familiares/responsáveis em frequentar a resposta social.

Analisando o perfil dos utentes (de acordo com a tabela em Anexo I), concluímos então que na ADIB existem no total 25 utentes que usufruem da reposta social Centro de Dia, sendo que a nível do género não existe significativa discrepância na sua distribuição, portanto, 12 utentes são do género masculino e 13 utentes do género feminino. No que diz respeito às idades podemos aferir que os homens e as mulheres constituem, na maioria, grupos de idades muito avançadas (mais de 81 anos), no entanto, a idade média dos utilizadores do Centro de Dia da ABID é superior a 77 anos. No que concerne ao estado civil, a viuvez é o estado civil predominante, representado em 13 utentes, o que corresponde a mais de 50% da amostra (52% concretamente), 6 deles são casados, correspondendo a 24% da amostra, 4 são solteiros correspondendo a 16% da amostra e 2 são divorciados o que corresponde a 8% da amostra.

A origem dos rendimentos da maioria dos utilizadores (23 deles, o que corresponde a 92%) do Centro de Dia é a pensão de reformas.

No que diz respeito à situação familiar, verificamos que apesar de 84% dos utentes ter suporte familiar, nem sempre é possível que esse exista de forma permanente e consiga assegurar todos os cuidados básicos e por isso acabam por recorrer a esta resposta social.

Relativamente à componente cognitiva, e, apesar de apenas 7 dos utentes (correspondente a 28%) terem diagnóstico de demência verifica-se que em cerca de 1/3 da amostra existem outras patologias que podem conduzir a um declínio cognitivo mais acelerado e a eventual demência futura, nomeadamente: etilismo crónico (3 utentes – 12%), depressão (2 utentes – 8%), esquizofrenia (1 utente – 4%), doença de Parkinson (1 utente – 4%), AVC anterior (1 utente – 4%).

### **3.5. A necessidade de um programa de estimulação cognitiva no Centro de Dia**

#### **3.5.1. Enquadramento Teórico**

As alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento têm sido objeto de vários estudos. A nível do sistema nervoso central, as alterações a nível da cognição,



tais como a aprendizagem e a memória, constituem um dos principais alvos de pesquisas realizadas sobre senescência, uma vez que estas comprometem o bem-estar biopsicossocial do idoso e a sua interação.

Os idosos tendem a interpretar o processo de envelhecimento como um acontecimento patológico e início de uma contagem decrescente nas suas vidas, muitas vezes entregando-se de forma totalmente passiva a esta nova fase, o que pode representar um prejuízo à sua saúde mental e física e constituir um fator de risco para o declínio cognitivo e para a demência. Estabelece-se assim um ciclo vicioso no qual a degeneração psicobiológica própria do envelhecimento induz a inatividade e a pouca requisição de processos cognitivos, que por sua vez acelera a degeneração psicobiológica e assim sucessivamente. (Souza & Chaves, 2005).

O declínio cognitivo ligeiro, considerado como um estado intermediário entre o envelhecimento cognitivo normal e a demência leve, é cada vez mais reconhecido como um importante problema de saúde, associado a um aumento do risco de demência. Vários estudos internacionais sugerem que a estimulação cognitiva (EC) se associa a uma diminuição do risco de declínio cognitivo, da perturbação depressiva; melhora a autonomia dos idosos, aumentando a proteção contra o aparecimento de demência (Apóstolo *et al.*, 2011). Em 2012 Woods e colegas procederam a uma análise a vários estudos efetuados acerca da EC em doentes com demência leve a moderada, e daí concluíram que, apesar da variabilidade da qualidade dos estudos e da dimensão das amostras, bem como a existência de poucos detalhes acerca da randomização das mesmas, os programas de estimulação cognitiva (PEC) demonstraram efeitos comparáveis a terapêutica farmacológica (inibidores das colinesterases) ao nível da cognição.

A nível afetivo a depressão é muito frequente no idoso, e, por sua vez, compromete a bastante a sua qualidade de vida. A evidência também revela que os doentes com depressão têm maior risco de desenvolverem distúrbios cognitivos e demência (Apóstolo *et al.*, 2011), e são também vários os estudos que comprovam a eficácia dos PEC não só a nível da cognição, mas também da sintomatologia depressiva em idosos.

A perda da memória é uma das queixas mais frequentes na população idosa, não só a dificuldade em armazenar dados novos, mas também a incapacidade em recrutar informações previamente armazenadas.

À luz do que é feito a nível internacional, e apesar de os estudos serem escassos e com amostras de dimensão reduzida, em Portugal já vários autores se têm debruçado sobre esta temática, nomeadamente Apóstolo & Cardoso (2012), Gonçalves (2012), Apóstolo *et al.* (2013), entre outros.

Os autores supra-citados basearam-se num PEC (Making a Difference: An Evidence-based Group Programme to Offer Cognitive Stimulation Therapy (CST) to People with Dementia) desenvolvido por Spector e colaboradores em Inglaterra, programa esse que demonstrou efeitos significativos na cognição e na qualidade de vida das pessoas com demência (Spector *et al.*, 2003). Foi desenvolvido com base nos conceitos teóricos de orientação na realidade e estimulação cognitiva e consiste em 14 sessões de 45 minutos, implementadas duas vezes por semana a grupos de aproximadamente cinco pessoas. Os principais temas das sessões incidiam em jogos físicos, infância, uso do dinheiro, jogos com números, jogos de palavras, orientação na realidade com informação acerca do grupo e informação de orientação temporal e espacial.

No estudo realizado por Spector e colaboradores, foi aplicado o referido programa a uma amostra de 115 participantes inseridos em lares ou centros de dia. Na avaliação realizada após as 14 sessões do programa, os autores encontraram pontuações significativamente mais altas no MMSE (Mini Mental State Examination) e na ADAS-Cog (Alzheimer Disease Assessment Scale, Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer- Parte Cognitiva), bem como uma avaliação mais positiva da qualidade de vida que no grupo de controlo.

Em Portugal foi realizada uma adaptação do referido PEC, e tal como já referido, tem servido de ferramenta a outros autores, e todos eles com conclusões semelhantes: melhoria do desempenho cognitivo após a frequência do programa (Apóstolo *et al.*, 2011).

### **3.5.2. A realidade do Centro de Dia na ADIB**

Dado o cenário atual de envelhecimento e os conhecimentos existentes sobre as estruturas cerebrais e principais funções cognitivas, assim como o crescente estudo e investigação que se mostram favoráveis à eficácia da reabilitação neuropsicológica no tratamento de deficits associados ao dano cerebral, não se justifica o pouco recurso a

esta técnica, que para além de todos os benefícios que já demonstrou é também de baixo custo. Tendo em conta os dados de incidência de pacientes com Declínio Cognitivo Ligeiro (DCL) e a sua prevalente evolução para quadros demenciais, fará todo o sentido promover a estimulação e aplicar planos de reabilitação nestes utentes de forma a ajudá-los a compensar as suas dificuldades cognitivas, e com vista a torná-los mais ativos e mais funcionais durante mais tempo, promovendo assim um envelhecimento com maior qualidade de vida.

Da análise do perfil dos utentes de Centro de Dia, verificamos que um terço destes tem como diagnóstico a demência, e noutro terço estão presentes patologias que podem conduzir a um declínio cognitivo mais acelerado e a eventual demência futura, nomeadamente: etilismo crónico (3 utentes), depressão (2 utentes), esquizofrenia (1 utente), doença de Parkinson (1 utente), AVC anterior (1 utente). Assim, torna-se bastante claro que esta população deverá beneficiar de um PEC.

Apesar de algumas das atividades desenvolvidas no Centro de Dia terem já por base uma componente de estimulação cognitiva, ou pelo menos, esse ser um dos objetivos, ao longo do tempo, se não forem avaliados os ganhos ou diferenças com instrumentos quantitativos ou escalas, de facto, não é possível saber se existe algum benefício da atividade ao nível da cognição, especificamente, da memória, atenção, praxia, entre outras; a par disso, a implementação de um novo programa poderá trazer aos utentes uma motivação extra, uma vez que é de certa forma quebrada a rotina habitual, o que pode só por si ter algum benefício.

## **Síntese**

A ADIB é uma IPSS situada na vila de Barrosas que pertence ao concelho de Felgueiras, distrito do Porto, e serve não só a freguesia onde se encontra localizada mas também as restantes freguesias do concelho assim como outras de concelhos limítrofes.

O município de Felgueiras é densamente povoado (conta com 501,7 hab/km<sup>2</sup> em comparação com os 113,6 hab/ km<sup>2</sup> correspondentes à média no continente e 175,9hab/km<sup>2</sup> na região Norte), e vive essencialmente da indústria, sobretudo do calçado. Trata-se de um concelho cujo índice de envelhecimento tem vindo a aumentar, e portanto torna-

se imperativa a criação de respostas sociais que acompanhem estas alterações demográficas.

A ADIB disponibiliza à comunidade seis respostas sociais - Creche, Jardim-de-Infância, centro de Atividades de Tempos Livres, ERPI (2 unidades), Centro de Dia e SAD, sendo o Centro de Dia o objeto deste trabalho.

O Centro de Dia presta os cuidados individualizados e personalizados na instituição, durante o período diurno, a indivíduos e famílias que pelos vários motivos não possam assegurar a satisfação das necessidades básicas. Vários são os serviços prestados afim de assegurar a satisfação das necessidades dos utentes, nomeadamente a promoção de atividades que permitam a manutenção do bem-estar físico e psicológico, apoio nutricional, higiene pessoal e habitacional, cuidados relacionados com a saúde, acompanhamento ao exterior, apoio psicossocial e transporte dos utentes de e para o domicílio. Além de uma planificação anual, as atividades são efetuadas segundo uma planificação mensal e semanal mais pormenorizada.

A admissão dos utentes para Centro de Dia respeita aqueles que são os critérios definidos no Regulamento Interno da instituição.

Ao momento, são 25 os utentes abrangidos por esta resposta social, sendo que a distribuição por género é relativamente uniforme; são utentes com idade maioritariamente acima dos 81 anos e o estado civil predominante é a viuvez. A principal fonte de rendimentos é a pensão de reformas e relativamente à situação familiar, mais de 75% tem suporte, no entanto nem sempre é possível que esse exista de forma permanente e consiga assegurar todos os cuidados básicos. Relativamente à componente cognitiva, 1/3 dos doentes tem diagnóstico de demência e outro terço tem patologia que poderá acelerar o declínio cognitivo e futuramente conduzir a demência também.

O processo de envelhecimento é inevitável e o declínio cognitivo associado também, o que acarreta uma franca diminuição da qualidade de vida entre outras consequências nefastas na perceção do idoso. Vários estudos internacionais sugerem que a estimulação cognitiva (EC) se associa a uma diminuição do risco de declínio cognitivo, da perturbação depressiva; melhora a autonomia dos idosos, aumentando a proteção contra

o aparecimento de demência. Assim, entende-se que a aplicação de um PEC poderá trazer efeitos positivos.

## **CAPÍTULO IV**

## **4. Análise reflexiva e projeto de intervenção**

### **4.1 O trabalho do Assistente Social enquanto Diretor Técnico da Resposta Social – Centro de Dia**

No exercício profissional de Assistente Social e Diretor Técnico da Instituição, pretende-se enfatizar a importância de oferecer um espaço de convergência e a conjugação entre intervenção de cariz social e de saúde, no que diz respeito à planificação e execução dos cuidados, tendo como finalidade a saúde e o bem-estar do idoso. Neste seguimento, são promovidos, em conjunto com a equipa multidisciplinar, programas de intervenção social e de saúde, de forma a melhorar a qualidade de vida dos utentes, evitando a saída das suas residências. O facto de existir uma equipa multidisciplinar é vantajoso, existindo desta forma meios para atingir diversos fins, sendo o principal objetivo, promover um envelhecimento saudável e ativo de cada utente.

A intervenção dos Assistentes Sociais enquadra-se no âmbito de determinada organização, podendo abranger diversos fragmentos da população, nomeadamente, idosos, sem-abrigo, pessoas com deficiência, entre outros, tendo sempre como objetivo último colmatar as necessidades do público-alvo com que trabalha.

Para ser eficiente, a resposta social, deverá prestar um serviço de qualidade, dirigindo a sua atividade para os resultados.

Tendo em conta que com o presente trabalho foca as funções do Diretor Técnico da resposta social Centro de Dia, importa referir que, na ótica de Cardim e Miranda (2007) é incumbida, aos dirigentes das Organizações, “a definição de políticas gerais comuns à organização ou a uma função empresarial específica; orientação de serviços complexos e enquadramento direto de técnicos superiores”. Assim, ao Diretor Técnico compete dirigir o estabelecimento, coordenar e supervisionar o corpo técnico e não técnico da organização e, também, programar as atividades.

Independentemente da sua natureza e segundo o enquadramento legal do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, qualquer resposta social deverá possuir uma direção técnica, devendo esta função ser assegurada por um técnico com formação adequada, nomeadamente com formação académica na área das Ciências Sociais e Humanas, da

saúde e do comportamento, competindo-lhe essencialmente, a promoção de reuniões com o pessoal técnico e não técnico, sensibilizar os colaboradores para as reais necessidades dos utentes, planificar e fomentar a formação de todos colaboradores que integram a resposta social e, também, planejar e coordenar as atividades dos utentes (Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social e CID, 2005).

É, no entanto, possível aferir nas reuniões interinstitucionais que são representadas pelos seus Diretores Técnicos, que os mesmos desenvolvam tarefas que estão fora do âmbito para que foram contratados assumindo, muitas vezes, funções administrativas e de secretariado. A resposta social de Centro de Dia exige uma gestão muito similar à das restantes das outras respostas, sendo que durante a formação em Serviço Social não é abordada a problemática da gestão. No entanto, o autor considera que a acumulação das funções de Diretor Técnico e assistente social da valência, é uma mais valia para a gestão da equipa, uma vez que se adquire a capacidade de coordenar a equipa de trabalho. Como preconizado por Stoner (1985), o Diretor Técnico que assume a administração da resposta social planeia, organiza, lidera e controla, o que significa que lida diariamente com todas as pessoas envolvidas na instituição, nomeadamente, colaboradores, utentes e seus familiares, fornecedores, sendo a sua finalidade atingir os objetivos da resposta social.

A acumulação de funções de Diretor Técnico e Assistente Social da resposta social de Centro de Dia revela-se fundamental na atuação com conhecimento de causa que incide sobre as necessidades dos utentes alcançando, desta forma, a excelência dos serviços prestados aliando o conhecimento sobre o envelhecimento, com as práticas de gestão.

Devendo o Centro de Dia fomentar o bem-estar e autonomia dos utentes, através da prestação de serviços de qualidade pretende-se que a direção técnica esteja atenta e disponível e assertiva para a concretização de um trabalho de excelência. Assim, deve a direção técnica organizar o equipamento; promover o cumprimento da legislação em vigor a todos os níveis para segurança dos colaboradores e dos utentes e orientá-los; efetuar a supervisão ao nível das condições de higiene e segurança do equipamento (Oliveira, 2005).

O Diretor Técnico assume, assim, um papel de elevada importância nas instituições, sendo responsável pela coordenação e administração de equipamentos sociais em que, pela sua formação académica, são possuidores de conhecimentos, capacidades e



competências técnicas, teóricas, éticas, relacionais, bem como detentores da capacidade de reconhecer e superar os seus limites, valorizar os colaboradores, contrariar juízos de valor, bem como o desejo de superar todos os desafios.

Conforme a portaria do Decreto Lei n.º 67/2012 e 38/2013, na instituição ADIB o cargo de Direção Técnica é exercido pelo autor enquanto Técnico Superior de Serviço Social, fazendo parte das suas competências a gestão intermédia da instituição em geral, bem como estabelecer um modelo de gestão técnica adequado para o bom funcionamento da resposta social de Centro de Dia. São suas competências essencialmente:

- a. Dinamizar atividades e coordenar a ação de todo o pessoal;
- b. Participar nas reuniões da Direção, quando convocados para tal;
- c. Promover reuniões de trabalho com o pessoal;
- d. Promover reuniões com os utentes, para preparação das atividades e participação na vida da instituição;
- e. Fomentar, sempre que possível, o aperfeiçoamento técnico e profissional do pessoal, nomeadamente em articulação com os serviços de formação competentes;
- f. Incentivar a relação família do idoso/instituição;
- g. Promover a inserção da instituição na comunidade e sensibilizar esta para os problemas de geração;
- h. Colaborar com os serviços locais e grupos organizados da comunidade;
- i. Proporcionar uma boa integração do idoso na vida institucional;
- j. Proporcionar um clima de relação saudável na instituição;
- l. Elaborar um programa de ação, a desenvolver anualmente, submetendo-o à aprovação da Direção;
- m. Elaborar o relatório anual das atividades da instituição, submetendo-o à aprovação da Direção;
- n. Participar no processo da admissão do idoso, submetendo-o à aprovação da Direção;
- o. Elaborar horários e planos de férias de todo o pessoal, de acordo com a legislação em vigor, submetendo-o à aprovação da Direção;

- p. Promover a organização e atualização dos processos individuais dos utentes;
- q. Participar, após autorização da Direção, nas ações desenvolvidas a nível do distrito e da zona em que a instituição está inserida;
- r. Autorizar e tomar conhecimento das saídas dos utentes;
- s. Prestar anualmente informação sobre o pessoal, ou sempre que seja solicitado pela Direção.

O Assistente Social, na atualidade, pretende fomentar uma melhor integração das pessoas, famílias e grupos no meio social em que se encontram inseridos, almejando colaborar na solução dos seus problemas. Neste caso o autor pretende na sua prática profissional, apoiar os utentes da resposta social do Centro de Dia intervindo no desenvolvimento de capacidades e competências ao nível cognitivo, relacional e organizativo.

Neste seguimento, e indo de encontro ao preconizado pela Direção-Geral do Emprego e das Relações de Trabalho (DGERT) em 2004-2005, é fundamental detetar as necessidades dos utilizadores e suas famílias, reunir informações necessárias para conseguir dar resposta às suas necessidades e, ainda, aconselhar sobre os seus direitos e obrigações. É, assim, necessário, proceder ao atendimento para o utente ingressar esta resposta social e, também, para conseguir encaminhar para outras entidades que possam auxilia-lo na resolução dos seus problemas, quando a situação assim o exige.

Na intervenção realizada estabelece-se uma relação com o utente baseada na confiança, sendo responsabilidade do técnico gerir, capacitar e defender os direitos do utente, dando-lhe sempre oportunidade de participar ativamente no seu processo.

Numa fase inicial, quando as pessoas procuram o apoio da resposta social de Centro de Dia, é realizado um atendimento, pelo que é preenchida uma ficha de inscrição, onde constam também informações acerca do contexto familiar, sendo feito também o levantamento de todas as necessidades. Nesse atendimento é proporcionando um espaço de acolhimento, escuta e orientação. Neste momento serão esclarecidas as normas da resposta social, os serviços que dispõe, o regulamento interno, a mensalidade, o horário de funcionamento, os procedimentos formais, os direitos e deveres do utente e instituição, entre outros aspetos. É elaborado o plano de cuidados sob a forma de contrato de prestação de serviços, onde se encontra descrito os serviços prestados, a

organização dos cuidados, o custo do serviço prestado, as expectativas do utente ou familiares cuidadores e, ainda, a avaliação do processo.

Para um levantamento de todas as necessidades são realizadas visitas domiciliárias que permitem o maior conhecimento e envolvimento na causa uma vez que a ADIB, através da resposta social de Centro de Dia, dispõe de apoio ao nível habitacional (limpeza da habitação, tratamento de roupa). Quando se verifica que as necessidades do utente não podem ser satisfeitas por esta resposta social, sempre que possível é feito encaminhamento para outras entidades com recursos disponíveis, o que significa que, por este meio, se desenvolve o exercício de parceria e articulação entre instituições. Por outro lado, é elaborado um relatório que pode ser discutido em reunião de direção, para se decidir se o candidato é ou não selecionado.

Neste contexto, torna-se importante mencionar que a prática profissional do Assistente Social centra-se no utente, através da escuta ativa para assimilar a maior quantidade de informação possível sobre cada caso, uma vez que não se consegue realizar um bom diagnóstico e realizar um plano de intervenção adequado se não conhecermos o utilizador e se não percebermos as suas especificidades.

Posteriormente, após a admissão do utente, é efetuado o acolhimento do mesmo e seus familiares ou representante legal; é formalizada a admissão através da elaboração de um contrato de prestação de serviços.

O envolvimento do utente e pessoas significativas no processo é fulcral para atenuar o impacto emocional sentido com a modificação das rotinas, para minimizar os riscos de perda de identidade, vínculos afetivos, receio de mudança, entre outros.

Para cada utente existe um Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) onde constam informações acerca da sua alimentação, os cuidados de saúde dos quais necessita, o apoio psicossocial, as atividades socioculturais e de desenvolvimento pessoal nas quais participa.

De forma a avaliar os resultados são realizadas periodicamente reuniões com a equipa multidisciplinar, para adequar as intervenções e as atividades às necessidades do utente.

No seu exercício profissional é essencial a capacidade de articular os objetivos institucionais com as necessidades dos utentes. A planificação, a gestão e avaliação dos cuidados prestados, a profissionalização e direção por objetivos, a implementação de

técnicas de gestão adequadas, o trabalho em equipa e a multidisciplinariedade são imprescindíveis no trabalho orientado para as expectativas dos utentes e seus cuidadores, com o intuito de promover a autonomia e a qualidade de vida dos mesmos.

Assim, a elaboração de instrumentos fundamentais para a organização do serviço, a avaliação da qualidade dos serviços prestados e a elaboração do plano de atividades, que está sujeito a aprovação da direção, são funções que se relacionam com a organização da resposta social de Centro de Dia.

Na Direção Técnica da resposta social de Centro de Dia da ADIB, o Diretor Técnico é frequentemente desafiado a definir estratégias para aumentar a motivação dos recursos humanos e desenvolver estratégias para melhorar o desempenho profissional que se irá refletir na qualidade dos serviços prestados ao utente. Falar de Liderança e na capacidade de conseguir orientar os recursos humanos para a missão da instituição, é neste contexto fundamental.

Os estilos de liderança do Assistente Social nas instituições podem variar conforme os diferentes tipos de organização onde o profissional de Serviço Social exerce a sua atividade profissional. Esta capacidade de liderança deve fazer parte do profissionalismo do Assistente Social, em que se encontram associados valores como a integridade, o conhecimento específico da área de serviço social e a autoeficácia, sendo a liderança praticada de acordo com o pensamento crítico, a prática profissional e o saber científico.

O êxito desta resposta social está intimamente ligado com a capacidade dos recursos humanos e os meios que utilizam o que significa que, o desenvolvimento de um clima sustentável, através de colaboradores motivados e competentes são consideradas ferramentas essenciais para a concretização de um trabalho de excelência. É sabido que nesta área a qualificação dos recursos humanos e a sua motivação, nem sempre são aspetos tidos em conta na prestação de serviços, no entanto, é na ótica do autor, fundamental desenvolver progressivamente práticas de gestão de pessoas para uma prestação de serviços de qualidade.

O sucesso do Centro de Dia está diretamente relacionado com o desempenho, as ações e as decisões dos colaboradores, o que significa que a gestão do capital humano adquire uma grande importância na concretização da visão e da missão da instituição. No

âmbito da gestão de pessoal na resposta social de Centro de Dia, faz parte das tarefas do autor enquanto Diretor Técnico, a supervisão do trabalho realizado diariamente pelos colaboradores a nível da alimentação, da higiene pessoal, do tratamento de roupa, da limpeza e arrumação geral dos espaços.

O aproveitamento das potencialidades das tecnologias de informação é, uma mais-valia, para o exercício da atividade diária, nomeadamente no trabalho direto com os utentes. Enquanto Diretor Técnico o autor pretende sempre ser, para além de gestor de informação e do imprevisto, autocrítico, assertivo, disponível e atento. Assegurar o cumprimento da legislação em vigor, promover a privacidade dos utentes, melhorar os apoios técnicos disponíveis, realizar supervisão no que às condições de higiene e segurança da resposta social diz respeito são outras das funções do Diretor Técnico.

A coordenação da equipa, que engloba a organização e planificação do trabalho de equipa e o acompanhamento da prestação dos cuidados através da realização de reuniões de equipa revela-se fundamental quer na motivação dos colaboradores, que se vai reverter na prestação de cuidados de excelência.

A elaboração do plano anual e do orçamento, visando a criação de valor, é da responsabilidade da Direção em parceria com os Diretores Técnicos das valências, para a perceção por exemplo dos custos das atividades associados a cada equipamento social, onde predomina um rigoroso controlo orçamental e mensal de todas as atividades desenvolvidas na instituição, em permanente averiguação com o plano anual de atividade (que inclui orçamento), visando a tomada de decisões corretivas. Assim, é fundamental, em qualquer instituição, a elaboração do plano de ação em que se encontre definido o calendário e o orçamento para as ações a desenvolver, bem como medidas e indicadores de avaliação que possibilitem determinar se o que estava delineado se concretizou e se os resultados vão de encontro ao esperado.

O objetivo último da Direção Técnica no âmbito da resposta social Centro de Dia é a garantia e melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

#### **4.2. Reflexão e Análise do Trabalho Desenvolvido no contexto institucional**

O pensar e o agir são duas grandezas distintas, mas que se complementam, sendo que, as duas exigem reflexão e análise crítica.

A reflexão deve ser, na ótica de Boud e Knights (1996), baseada nas experiências pessoais, uma vez que, as experiências pessoais levam-nos a retirar quais os aspetos importantes de cada situação. O pensamento crítico de cada ação em que nos encontramos envolvidos conduz à ação crítica, que dá lugar à prática crítica, onde cada pensamento está interligado com a ação.

Guerra (2007) explana o significado do trabalho social direcionado por um projeto profissional crítico referindo que “em princípio podemos dizer que significa uma possibilidade (o que não quer dizer efetividade) de os profissionais tomarem consciência dos fundamentos (objetivos e subjetivos) sobre os quais a prática profissional se desenvolve, porque os projetos profissionais organizam-se em torno de um conjunto de conhecimentos teóricos e de saberes interventivos, de valores, princípios e diretrizes éticas e políticas, de orientações sobre o perfil profissional que se deseja formar” (p. 4).

Torna-se pertinente, no presente contexto, apresentar as principais dimensões para o desenvolvimento de uma prática crítica e/ou reflexiva.

É fundamental no desenvolvimento de uma prática crítica eficaz o envolvimento com o contexto, em que o profissional começa a relacionar as situações particulares e as estruturas existentes, sendo primordial valorizar o saber da prática e o saber académico, compreender quais as suas competências e propensões e qual o papel de ser crítico.

A sobreposição das funções de Assistente Social e de Direção Técnica nem sempre é fácil de gerir; no exercício profissional é frequente a existência de dilemas e paradoxos, e, portanto, torna-se essencial o desenvolvimento de estratégias para lidar com essas situações, como por exemplo quando é necessário realizar o cálculo da comparticipação do utente e familiar, em que o Assistente Social reflete na questão socioeconómica e o Diretor Técnico na sustentabilidade da IPSS. É essencial, na prática do exercício profissional, ter capacidade de mostrar que não existe “a solução perfeita” para atingir os objetivos, uma vez que os caminhos para a intervenção são diversos, o que significa que é fundamental investir na formação contínua e desenvolver abordagens criativas para lidar com os dilemas profissionais.

A reflexão que incide sobre o exercício profissional permite a construção do conhecimento sobre a ação sendo que, tem origem no ângulo de visão do profissional, da sua leitura e interpretação dos problemas particulares a par da relação que estabelece com os fenómenos sociais.

A prática profissional constrói-se com o envolvimento de todos os intervenientes – equipa técnica, colaboradores, utentes, pessoas significativas e comunidade.

#### **4.3. Proposta de implementação do Programa de Estimulação Cognitiva na Resposta Social Centro de Dia**

Na atualidade muitos têm sido os estudos que demonstram a importância da atividade física sobretudo para a prevenção de fatores de risco cardiovascular e complicações que deles decorrem, como o Acidente Vascular Cerebral (AVC) o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), entre outros... É grande o investimento na tentativa de introdução de programas de atividade física em idade sénior, e várias são as iniciativas que podemos facilmente encontrar na comunidade. No caso da ADIB, não é exceção – estão disponíveis atividades como a ginástica, hidroginástica, boccia, workshops de dança, etc...

A prevenção do declínio cognitivo através de atividades ou programas de estimulação nem sempre estão presentes na realidade dos Centros de Dia, desta forma o autor pretende alertar para essa problemática ao propor a implementação de um PEC.

No sentido de trazer algo de inovador e criativo para melhorar a qualidade dos serviços prestados nesta resposta social, o autor sugere a implementação de uma intervenção, neste caso um PEC dirigido aos utentes que frequentam o Centro de Dia da instituição, tendo como principal objetivo perceber se de facto existem benefícios a nível cognitivo e da sintomatologia depressiva após a aplicação do mesmo.

##### **4.3.1. Participantes do estudo segundo objetivo**

O programa a ser implementado tem como base o PEC “Fazer a Diferença” disponível na íntegra no Anexo III, embora com algumas especificidades adaptadas à nossa amostra. Incluem-se neste programa todos os utentes desta resposta social que serão previamente questionados acerca da sua pretensão de participação; como critérios de exclusão, em primeira instância, os utentes que não queiram/se recusem a participar no programa e ainda aqueles com défice sensorial ou doença física grave que impeçam a participação nas atividades que constam do mesmo, nomeadamente doentes com elevado grau de dependência (avaliada pela ficha de diagnóstico social da ADIB – (Anexo IV).

#### 4.3.2. Instrumentos de avaliação

##### a) Questionário socio-demográfico

Para caracterização da nossa amostra, após elaboração de um questionário de recolha de dados sociodemográficos, será aplicado o mesmo aos utentes. Dele fazem parte integrante questões que permitem a recolha dos seguintes dados: idade, género, escolaridade, profissão, antecedentes pessoais patológicos. Desta forma, poderemos *a posteriori* analisar se variáveis como o género, a escolaridade e outros poderão ou não influenciar o desempenho nas atividades.

##### b) Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale – GDS, Anexo V)

Trata-se de uma escala utilizada para avaliação de sintomatologia depressiva na população idosa, foi traduzida a partir da Geriatric Depression Scale (GDS; Yesavage et al., 1983) por Barreto, Leuschner, Santos e Sobral (2003). A escala é constituída por 30 questões de resposta de resposta dicotómica (sim/não), que dizem respeito à avaliação que o idoso faz da sua própria vida em especial na última semana. A pontuação global é calculada através de uma chave de respostas, (a isto chamam-se pontos de corte) sendo a sua interpretação a seguinte: [0-10] pontos - ausência de depressão, [11-20] - depressão ligeira, [21-30]- depressão grave (Gonçalves 2012). Esta escala possui propriedades de validade e confiabilidade satisfatórias para o despiste da depressão no idoso (Ertan & Eker, 2000), sendo a escala mais utilizada com esta população (Batistoni, Neri & Cupertino, 2007). Apresenta uma sensibilidade de 92%, uma especificidade de 89% (Kurlowicz, 2000) e um elevado grau de consistência interna (Bae & Cho, 2005)

##### c) Sub-Escala Cognitiva da Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer (Alzheimer's Disease Assessment Scale – Cognitive subscale - ADAS-Cog – Anexo VI)

Escala usada para avaliação cognitiva dos utentes, versão portuguesa de Guerreiro, Fonseca, Barreto e Garcia (2003) traduzida e aferida a partir da Alzheimer Disease Assessment Scale (Rosen, Mohs & Davis, 1984). Esta escala é constituída por 11 itens e foi desenhada para avaliar a evocação e reconhecimento de palavras, nomeação de objetos e dados, compreensão de ordens, capacidade construtiva, praxia ideativa, orientação, recordação de instruções, capacidade e compreensão da linguagem oral, e



dificuldades no discurso. As pontuações variam consoante o item, e quanto maior a pontuação, maior a deterioração cognitiva. Segundo Morris *et al* (2003) citado por Gonçalves em 2012, trata-se da escala mais usada em ensaios clínicos sobre demência nos Estados Unidos.

Estas escalas serão aplicadas no pré e pós aplicação do PEC para posterior interpretação de resultados.

É muito importante o envolvimento da família/ amigos e cuidadores no processo de estimulação, pois é fulcral promover hábitos de estimulação nos participantes que perdurem para além da cessação do programa de reabilitação. A família deve ser envolvida no processo e receber informação de como proceder para tornar o ambiente do idoso mais estimulante, assim como motiva-lo para se auto estimular, nos casos em que tal seja possível.

#### **4.3.3. O programa de intervenção**

O programa a implementar tem por base um PEC desenvolvido por Spector e seus colaboradores em Inglaterra - Making a Difference: An Evidence-based Group Programme to Offer Cognitive Stimulation Therapy (CST) to People with Dementia. Este programa foi já adaptado à população portuguesa por Apóstolo & Cardoso (2012) e consta na sua íntegra no Anexo III.

O PEC “Fazer a Diferença” é composto por duas partes. O programa principal ao qual se pode seguir o programa de manutenção. O primeiro é desenvolvido ao longo de 8 semanas, com 2 sessões semanais e o segundo, a seguir ao primeiro, momento aplicado ao longo de 16 semanas com uma sessão semanal. Cada uma das referidas sessões terá uma duração de 60 minutos, a ocorrer numa sala silenciosa e confortável. No caso do presente programa de intervenção apenas utilizará o programa principal, sendo respeitada a ordem e duração das sessões que consta no referido anexo. Cada grupo terá 5 utentes e um responsável por grupo.

O seu esquema tipo também será sobreponível ao original, e, portanto, dividido em três momentos: Introdução, Atividade Principal e Conclusão.

Na fase da introdutória serão dadas as boas-vindas aos participantes, lembrados alguns aspetos relacionados com as sessões, como o nome do grupo, o hino que o grupo

escolheu para ser recordado em todas as sessões e o tema da sessão anterior, e relembrados aspetos relacionados com a orientação temporal e espacial (dia, mês, ano, hora, estação do ano, nome e morada da instituição). É realizado também um jogo utilizando uma bola, lançada a cada um dos participantes, e após o recebimento da mesma cada participante deverá partilhar alguma coisa sobre si (relacionado com o tema da sessão). Após esta tarefa, os participantes serão convidados a participar na discussão de um tema da atualidade (como por exemplo: uma notícia ou um acontecimento da própria instituição)

Na fase da Atividade Principal serão desenvolvidos os temas previamente programados em consonância com o programa previsto no modelo original adaptado à população portuguesa (Apóstolo & Cardoso, 2012)

Por fim, na última fase da sessão de estimulação cognitiva denominada Conclusão, serão realizadas as seguintes tarefas: resumo sobre a sessão atual, agradecimento da presença de todos os participantes, apresentação da temática a abordar na sessão seguinte e encerra-se a sessão com o hino do grupo.

Seguidamente serão apresentadas as sessões do programa de estimulação cognitiva, assim como, os objetivos de cada uma delas:

Sessão 1 - consiste na aplicação de jogos dinâmicos de apresentação e integração, com o objetivo de apresentar, integrar e conhecer os participantes do grupo. Este fator é fundamental para o desenvolvimento das sessões.

Sessão 2 e 3 - serão desenvolvidos vários jogos (por exemplo, descobrir a profissão, função do objeto, associação de imagens, entre outros) com o objetivo de estimular a memória por associação.

Sessão 4 e 5 – têm como objetivo estimular as capacidades cognitivas, através de jogos como: palavras cruzadas, batata quente da memória, recordação de uma lista de palavras e lista de imagens.

Sessão 6 – consiste no desenvolvimento de jogos teatrais (por exemplo, adivinhar a profissão, a personagem, a época) com o objetivo de estimular a criatividade e expressão artística dos participantes, assim como a interação social.

Sessão 7 – visa estimular a partilha de experiências, a criatividade, o trabalho em equipa, o bem-estar, a comunicação através de diferentes dinâmicas de grupo.

Sessão 8 – Estimulação multi-sensorial, com o objetivo de estimular os sentidos dos sujeitos, através de diversos materiais e técnicas proporcionando um estado de relaxamento agradável.

Sessão 9 – aplicação de diversos jogos cooperativos como por exemplo, o astronauta, organizar por cores, entre outros; com o objetivo de sensibilizar os participantes para a importância do trabalho em equipa.

Sessão 10 e 11 – desenvolvimento de dois jogos seniores, com o objetivo de estimular a memória, abstração lógica, concentração, atenção, compreensão verbal e coordenação psicomotora, adaptação a novas situações e desempenhos e potenciação das redes de interação social.

Sessão 12 e 13 - Jogos de memória, cujo objetivo é estimular as capacidades cognitivas, a memória a curto e longo prazo, através de vários jogos de memória (associação de palavras, memorização de uma lista de palavras, adivinha a imagem, formas geométricas, provérbios populares).

Sessão 14 - Jogos teatrais, com o objetivo de estimular a criatividade e expressão artística dos participantes, assim como a interação social, através de jogos (expressões da face, objeto imaginário).

Sessão 15 - Jogos sócio-recreativos, com o objetivo de estimular a interação social e a competitividade, a atenção, a concentração, através de jogos de mesa (dominó, cartas e bingo).

Sessão 16 - Jogos de finalização, com o objetivo de estimular os participantes para a importância da continuidade e do envolvimento em atividades de promoção e estimulação cognitiva, incentivar a partilha de opiniões e experiências vividas durante o desenvolvimento das sessões, e avaliar o PEC.

A acrescentar que no final de cada sessão é ainda aplicado um questionário acerca da satisfação dos utentes com cada uma das sessões de modo a ser possível realizar possíveis ajustes nas sessões seguintes.

Após a realização do programa completo de sessões serão novamente aplicadas as escalas (Escala de Depressão Geriátrica e Sub-Escala Cognitiva da Escala de Avaliação

da Doença de Alzheimer) e comparados os resultados com a pontuação obtida no pré-implementação do programa.

Foram já vários os autores portugueses que demonstraram os resultados positivos no desempenho cognitivo após implementação do PEC “Fazer a Diferença”. De acordo com Castro em 2011, aplicou o PEC a um grupo de utentes institucionalizados (grupo experimental), comparando com um grupo controlo em que nenhum PEC foi aplicado, concluiu que houve um aumento estatisticamente significativo no desempenho cognitivo dos idosos no grupo experimental na pontuação total da ADAS-Cog, após a exposição ao programa principal das 16 sessões. Em relação aos sintomas depressivos, apesar de se ter verificado uma diminuição, esta não foi estatisticamente significativa.

Apóstolo e seus colaboradores em 2011, aplicou o mesmo programa ao grupo experimental de uma amostra 23 idosos e concluiu igualmente que esses idosos melhoraram o estado cognitivo; a evidência não permitiu concluir sobre o efeito da estimulação cognitiva na sintomatologia depressiva embora 20% dos idosos tenham melhorado a sua condição clínica comparativamente aos não submetidos ao programa.

Gonçalves em 2012 obteve os mesmos resultados, portanto um efeito positivo no estado cognitivo após implementação do PEC.

Apesar de, nos estudos supracitados, as amostras serem reduzidas (facto também apontado pelos próprios autores como uma limitação na interpretação dos resultados), todos eles foram consistentes e estatisticamente significativos, à luz do que acontece com outros autores.

No estudo que irá ser realizado pretende-se demonstrar o mesmo. Futuramente serão necessários em Portugal estudos com amostras de dimensão superior de forma a validar com uma consistência superior aquilo que acontece a nível internacional.

#### **4.4. Proposta de avaliação geral do projeto de intervenção (PEC)**

Em todo e qualquer trabalho elaborado, seja do âmbito profissional ou não, uma análise reflexiva é fundamental para perceção do erro, potenciais melhorias e dessa forma a evolução no sentido positivo. Assim, torna-se essencial que ela seja feita de forma a evoluir favoravelmente a nível profissional.

Esta opinião é não só a do autor mas também para vários outros que se dedicam à elaboração/investigação de projetos sociais.

Para Guerra (2002) a avaliação é uma característica do processo de planeamento uma vez que todas as intervenções têm de ser acompanhadas de um plano de avaliação. Este é definido de acordo com o desenho do projeto, e pode ser alterado e corrigido caso o resultado não esteja a ser o desejado. Não se trata de uma tarefa fácil devido à grande diversidade de modelos e processos de avaliação disponíveis no mercado.

A avaliação permite-nos reconhecer os erros e os sucessos da nossa prática. É uma perspetiva dinâmica que nos permite reconhecer os avanços, os retrocessos e os desvios durante o processo consolidação e que nos situa na etapa em que nos encontramos com os seus reptos e tarefas, as suas luzes e as suas sombras (Serrano, 2008).

Do ponto de vista cronológico, anteriormente à Primeira Grande Guerra era vista como atividade científica, no entanto só após a Segunda Grande Guerra Mundial a avaliação passou a ser considerada importante; esta evoluiu de uma dimensão monolítica para uma dimensão pluralista (múltiplos métodos, critérios, medidas, perspetivas, audiências, interesses...) (Guerra 2002).

Existem mais do que uma modalidade de avaliação: a auto-avaliação, que é efetuada pela equipa que executa o processo e a avaliação externa que é realizada por elementos externos à instituição e a avaliação interna que é realizada dentro da organização gestora do projeto, mas com distanciamento da equipa de execução. Há ainda a avaliação mista que combina os vários tipos de avaliação.

A avaliação não deve ser pontual mas sim um processo a fim de se emitir um juízo de valor sobre a qualidade do mesmo (Serrano, 2008). De acordo com a temporalidade ou momento em que é efetuada, existem essencialmente três tipos de avaliação: a avaliação diagnóstica (*ex-ante*), a avaliação de acompanhamento (*on-going*) e a avaliação final (*ex-post*).

A avaliação diagnóstica é efetuada antes do início do projeto, muito importante na medida em que serão estimados os problemas que necessitam de uma intervenção bem como a sua magnitude para que o próprio desenho do projeto em si possa colmatá-los através das melhores estratégias desenvolvidas para tal. De acordo com Serrano (2008) esta deve ser considerada como uma reflexão valorativa do projeto, os motivos que o

originaram e as necessidades da comunidade à qual está dirigido. No caso particular da ADIB foi efetuado levantamento das patologias do ponto de vista neuropsiquiátrico, tendo-se constatado que um terço dos utentes tinha diagnóstico de demência, e noutro terço estavam presentes patologias que estão associadas a um processo mais acelerado de declínio cognitivo e eventual diagnóstico futuro de demência, nomeadamente: etilismo crónico (3 utentes), depressão (2 utentes), esquizofrenia (1 utente), doença de Parkinson (1 utente), AVC anterior (1 utente). Deste modo concluiu-se que de facto um PEC poderia trazer consequência positivas não só a nível individual como até das próprias relações do utente com os seus pares e sua família.

A avaliação de acompanhamento pretende avaliar o desenvolvimento do projeto dando pistas para possíveis alterações e, de uma forma simples o seu objetivo é determinar se o projeto está a ser executado consoante aquilo que foi previsto. Esta deve ser aplicada durante a realização do projeto em si de modo a serem identificados eventuais desajustamentos que possam comprometer o resultado, num timing em que ainda é possível de serem corrigidos. Durante esta avaliação presta-se igualmente atenção aos recursos metodológicos/técnicos utilizados que serão utilizados no programa. Uma vez que as sessões eram várias e em dias diferente, e para evitar confusão, no final de cada sessão seria aplicado um questionário acerca da satisfação do utente face à sessão decorrida, assim como sugestão de eventuais alterações que pudessem facilitar a condução da mesma. Além disso, durante a própria sessão e sempre que pertinente serão questionados os participantes acerca de dificuldades que possam sentir, ou alguma dúvida de outra natureza que possa comprometer o decorrer do programa. Deste modo, de uma sessão para a outra uma vez que existem alguns dias de distância, poderão ser efetuadas as alterações que se entendam necessárias de forma a melhorar todo o processo em si.

A avaliação final pretende verificar se os resultados obtidos vão de encontro aos objetivos delineados inicialmente. Este tipo de avaliação de objetivos ou resultados consiste em averiguar em que medida o projeto produziu as mudanças que se pretendiam e ainda perceber se foram obtidos outros resultados não previstos inicialmente (benéficos ou preversos) (Guerra, 2002). Portanto, tal como referido, após a implementação do PEC, os utentes são novamente submetidos a uma avaliação segundo as escalas GDS e ADAS-Cog que se encontram disponíveis na íntegra no

anexo V e VI, respetivamente. A pontuação obtida é comparada com a pontuação pré-implementação e a partir daí aferir se houve de facto uma melhoria cognitiva ou não.

Ainda a acrescentar que não será desprezível a perceção do cuidador e até do profissional de saúde que acompanha o utente fora da instituição; assim de modo informal estes serão igualmente questionados acerca de eventuais alterações que possam ter sido detetadas após a implementação do programa. Deste modo, existirá uma avaliação objetiva, obtida através da pontuação nas escalas, assim como uma perceção mais subjetiva do impacto do programa.

O sucesso do processo de avaliação depende da capacidade para encontrar indicadores que meçam o processo e os resultados da avaliação. Esses indicadores podem ser qualitativos ou quantitativos, e independentemente do tipo de avaliação, destacam-se (Guerra, 2002):

- Adequação, é importante determinar se o projeto se adequa ao contexto do problema identificado, particularizando, como já referido, após a deteção do problema do elevado número de idosos com o diagnóstico de demência e após verificação da existência de recursos para colocar em prática, entendeu o autor que de facto este programa seria adequado ao problema identificado. O próprio levantamento dos dados relativos aos idosos, a realização do programa em si e perceção do esperado sucesso do mesmo, poderá conduzir futuramente a alterações no próprio funcionamento/planeamento de atividades do Centro de Dia, e desta forma contribuir positivamente além do programa.
- Pertinência, o facto de um dos objetivos do Centro de Dia consistir na reabilitação cognitiva, entende-se que é então pertinente este projeto na medida em que se espera contribuir positivamente na cognição dos utentes, nomeadamente nos que já têm o diagnóstico de demência.
- Eficácia, remete para os objetivos e ações previstas no âmbito do projeto; no final do mesmo é imperativo então a análise cuidada acerca do cumprimento dos mesmos.
- Eficiência, será importante determinar se realmente houve um equilíbrio do ponto de vista económico entre os resultados obtidos e o consumo de recursos, isto é, se face aos resultados obtidos foram usados o mínimo de recursos possíveis.

- Equidade, diz respeito à justiça social, se foi garantida a igualdade no acesso aos recursos e ao programa, e neste caso em concreto, serão incluídos todos os utentes do Centro de Dia exceto os que não manifestem vontade ou com algum défice sensorial que impossibilite a condução das sessões. No caso dos doentes com alguma incapacidade a nível sensorial, de facto não estará garantida a equidade a 100%, e este será realmente um dos pontos que deverá ser alvo de reflexão futura no sentido de ser eventualmente conseguida alguma adaptação do programa a estes casos.

## **Conclusão**

As alterações demográficas decorridas nos últimos anos em Portugal, e que assentam no crescimento da faixa etária acima dos 65 anos e sobretudo acima dos 80 anos, seguem uma tendência que será mantida nos próximos anos. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2012), Portugal irá sofrer no decorrer dos próximos 50 anos um crescimento do índice de envelhecimento da população, e poderá verificar-se então um aumento significativo da população acima dos 65 anos de idade, passando de 17,4%, em 2008, para 32,2%, em 2060. Decorrente destas alterações demográficas, a patologia cardiovascular assim como as doenças neurodegenerativas, nomeadamente a demência de Alzheimer, irão também sofrer um incremento nos próximos anos.

O envelhecimento da população representa uma problemática que obriga a que sejam repensadas estratégias e políticas que vão de encontro às reais necessidades da população, com o intuito de proporcionar aos idosos bem-estar e qualidade de vida. Neste seguimento, “o envelhecimento, enquanto problema social, tornou-se objeto de um processo de intervenção a partir do reconhecimento por parte da sociedade contemporânea do direito que assiste a todo o cidadão de usufruir de um sistema de garantias sociais que lhe permitiu um lugar na sociedade” (Mouro 2013, p. 24). Assim, pode constatar-se que, as diferentes características da população idosa influenciaram a criação de diferentes respostas sociais.

Tal como supracitado, a realização do trabalho que se apresenta teve origem numa motivação pessoal, com o intuito de melhor conhecer a prática profissional do Assistente Social, enquanto gestor da resposta social de Centro de Dia. Como auxílio e para alcançar os objetivos propostos do trabalho que se apresenta foi, inicialmente, realizada uma ampla pesquisa bibliográfica com o intuito de sustentar a reflexão crítica.



É fundamental o Assistente Social ter sempre presente no trabalho com idosos, que a intervenção deve-se concretizar de uma forma conjunta e tripartida entre a instituição, a família e o utente objetivando, sempre, ir ao encontro das necessidades do mesmo e da família cuidadora. Concluímos, desta forma, que deve existir sempre a preocupação e a missão de controlar a prestação de serviços e a satisfação dos utentes adaptando, quando necessário, estratégias que vão ao encontro das necessidades mais específicas. Assim, a equipa que presta o serviço ao idoso deve estar preparada para apoiar o utente em todas as situações de forma flexível e eficaz, com o intuito de prestar um serviço de qualidade.

No que concerne aos principais fatores que integram a prática profissional do Diretor Técnico, pode aferir-se que existe uma acumulação de funções, nomeadamente, as de Assistente Social, funções estas que se consideram fundamentais para o bom funcionamento do Centro de Dia e que lhe permite estabelecer um contacto mais próximo com os idosos e suas famílias, o que lhe confere maiores níveis de eficácia na sua intervenção.

Neste âmbito, são principais funções do Diretor Técnico o planeamento, a organização, a dinamização e o controlo de atividades que estão diretamente interligadas com as decisões que vão modificar ações e pessoas que por si são gerenciadas, o que significa que este profissional assume, essencialmente, funções de gestão. Nas respostas sociais geridas por Assistentes Sociais, a avaliação da eficácia, a gestão de pessoas / coordenação de equipas e a gestão de tempos são, maioritariamente, influenciadas pela gestão direta ou mediada pelos Assistentes Sociais.

Na ótica do autor é fundamental que as instituições adotem um novo pensamento e uma gestão adequada, o que significa que o Diretor Técnico e a Direção devem estar atentos para identificar oportunidades e explorar novas estratégias com o intuito de garantir a sustentabilidade da organização. Assim, é um constante desafio para a Direção Técnica de uma resposta social para idosos, ultrapassar os limites institucionais recorrendo a estratégias inovadoras e criativas.

São escassas as instituições em que existe um plano delineado para estimulação cognitiva, e nas instituições onde foi implementado o PEC, as amostras em número reduzido também acabaram por comprometer uma generalização absoluta dos resultados. Apesar disso, se for aumentando o volume de instituições a implementar um

programa semelhante com resultados positivos, mais consistente serão os dados. Com isto, e apesar de por parte do autor existir apenas uma proposta de intervenção sem resultados concretos, pretende este alertar para esta problemática e assim contribuir para que esta temática seja, no futuro, alvo de atenção por parte das várias instituições e futuramente por parte da estrutura governamental.

A sustentar esta necessidade está, tal como referido, o aumento da população idosa nos próximos anos e de patologia neurodegenerativa. Portanto, é importante o desenvolvimento de estratégias com antecipação de forma a evitar desenvolvimento de planos que, por não serem devidamente estruturados, não satisfaçam as necessidades e não contribuam de forma positiva para evitar o declínio cognitivo

Em suma, após a realização deste trabalho o autor concluiu que é um desafio permanente conciliar as funções de Assistente Social e Diretor Técnico da resposta social Centro de Dia, de forma a manter o sucesso da estrutura é necessário manter um bom nível de gestão, organização e inovação.

Do ponto de vista do PEC, é necessária a amplificação da sua utilização para se poderem extrapolar resultados e consequentemente sustentar através de evidências a importância da sua implementação a um nível superior, a nível nacional.

## Bibliografia

Amaro, F. (2006). *Introdução à Sociologia da Família*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa.

António, S. (2001). *Envelhecimento demográfico e populacional*. In: Hermano Carmo (Coord.). *Problemas Sociais Contemporâneos*. Lisboa: Universidade Aberta.

António, S. (2013). *Uma Prática de Empowerment com Adultos Idosos*. In Maria Irene Carvalho (Coord.) *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa: Pactor.

Apóstolo, J. & Cardoso D. (2012). *Operacionalização do programa de estimulação cognitiva em idosos “Fazer a diferença”*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem.

Apóstolo, J., Carvalho, A., Tavares, C., Cardoso, D., Carvalho, Maria & Baptista, T. (2013). The effect of cognitive stimulation on depressive symptomatology and quality of life of elderly people. *Journal of Aging & Innovation*, 2 (3): 82-91.

Arrazola, F., Méndez, A. & Lezaun, J. (2003). *Centros de Día: Atención e Intervencion Integral para Personas e Mayores Dependientes e com Deterioro Cognitivo*. Fundación Matía Gizartekintza – Departamento de Sevicios Sociales: Artaso.

Avlund, K., Damsgaard, M. T., Sakari-Rantala, R., Laukkanen, P. & Schroll M (2002). Tiredness in daily activities among nondisabled old people as determinant of onset of disability. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55, 965-973. doi:10.1016/S0895-4356(02)00463-8

Bae, J. N. & Cho, M. J. (2005). Development of the korean version of the Geriatric Depression Scale and its short form among elderly psychiatric patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 57 (3), 297-305. doi: 10.1016/j.jpsychores.2004.01.004.

Barreto, J. (1984). Envelhecimento e saúde mental: Estudo de epidemiologia psiquiátrica no concelho de Matosinhos. Universidade do Porto: Faculdade de Medicina.

Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F. & Sobral, M. (2003). *Escala de Depressão Geriátrica: Tradução Portuguesa de Geriatric Depression Scale*. Lisboa: Grupo de estudos de envelhecimento cerebral e demência.

Batistoni, S., Neri, A. L. & Cupertino, A. P. (2007). Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, 41 (4), 598-605.

Beauchamp, T. & Childress, J. (2002). Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola.

Bell, Judith. (2008). *Como realizar um projecto de investigação*. Lisboa: Gradiva.

Bogdan, R. & Biklen, S., (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Bonfim, C. & Saraiva, M. E. (1996). Centro de Dia: condições de localização, instalação e funcionamento. Lisboa: Direcção Geral da Acção Social – Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.

Boud, D; Knights, S. (1996). *Course design for reflective practice*. In: Gould, N.; Taylor, I. (eds.). *Reflective learning for social work: research, theory and practice*. Aldershot: Arena,.

Caeiro, M. & Gomes da Silva, M. (2008). Factores predisponentes críticos do declínio funcional da pessoa idosa, *Essfisionline*, 4 (1).

Carvalho, L.S., & Fonseca, M. (2015). *Universidade da Terceira Idade: Dimensão Educativa e Social*. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre.

Carvalho, M<sup>a</sup>. (2013). *Um percurso Heurístico pelo Envelhecimento*. In Carvalho, M. (Org.), Serviço Social no Envelhecimento. Lisboa: Pactor Editora.

Castro, A. C. M., (2011). *Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos Institucionalizados*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Ertan, T. & Eker, E. (2000). Reliability, validity, and factor structure of the geriatric depression scale in Turkish elderly: are there different factor structures for different cultures. *International Psychogeriatrics*, 12, 163-172. doi: 10.1017/S1041610200006293

EUROSTAT (2012). Active ageing and solidarity between generations: A statistical portrait of the European Union 2012. Recuperado em Abril 25, 2012 a partir de [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-EP-11-001/EN/KS-EP-11-001-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EP-11-001/EN/KS-EP-11-001-EN.PDF).

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fortes, A. (1998). *Ética e Saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudos de casos*. São Paulo: EPU.

Gonçalves, C. (2012) , Programa de estimulação cognitiva em idosos Institucionalizados, *Psicologia*, (1–18). Disponível em <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0623.pdf>

Guerra, I. (2002). *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção – O Planeamento em Ciências Sociais*. Cascais: Princípia.

Guerra, I. (2007). O projeto profissional crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional. *Serviço Social e Sociedade*, 91. Disponível em <http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/guerra-yolanda-201609151435188709510.pdf>

Guerreiro, M., Fonseca, S., Barreto, J. & Garcia, C. (2003). *Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer (ADAS-COG): Tradução Portuguesa de Alzheimer Disease Assessment Scale*, de Mohs, Rosen e Davis. Lisboa: Grupo de estudos de envelhecimento cerebral e demência.

Hillsdon, M., Brunner E.J., Guralnik J.M. & Marmot M.G. (2005). Prospective Study of Physical Activity and Physical Function in Early Old Age; *American Journal of Preventive Medicine*; 28(3), 245-250. doi: 10.1016/j.amepre.2004.12.008

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões*. Lisboa: INE.

Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011- Resultados Provisórios*. Lisboa: INE.

Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011 – Resultados Pré-definitivos: Mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos*. Destaque: Informação à Comunicação Social.

INE (Instituto Nacional de Estatística). (2002). *O envelhecimento em Portugal: Situação Sociodemográfica e Socioeconómica Recente das Pessoas Idosas*. Lisboa. INE/ DECP/ Serviço de Estudos sobre a População.

INE (Instituto Nacional de Estatística). (2008). Resultados totais nacionais de 2007.

Jacob, L. (2012). *Respostas Sociais para Idosos em Portugal*. In: Fernando Pereira (Coord.). *Teoria e Prática da Gerontologia: Um Guia pra Cuidadores de Idosos*. Viseu: Psicosoma.

Jette, A. & Cleary, P. (1987). Functional Disability Assessment. *Physical Therapy*, 67(12), 1854-1859. doi: 10.1093/ptj/67.12.185

Jette, A.M. (2003). Assessing Disability in Studies on Physical Activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 25, 122-128. doi 10.1016/S0749-3797(03)00175-2

Kurlowicz, L. (2000). The Geriatric Depression Scale. *Home Care Providers*, 5 (2), 76-77. doi: 10.1016/S1084-628X(00)90061-3

Lopes, R. F., Lopes, M. T., & Camara, V. D. (set/dez de 2009). Entendendo a solidão no idoso. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 6 (3). doi:10.5335/rbceh.2012.362

Martí, J. (2000). *Envejecimiento y atención social*. Barcelona: Albor Editora.

Manchola, E. A. (2000). Recursos sociosanitarios – El Centro de día (CD) psicogeriatrico, *Rev. Mult. Gerontol*; 10 (2): 105-125.

Moniz, J. (2003). *A Enfermagem e a Pessoa Idosa: A prática de cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência.

Monteiro, H. & Neto, F. (2008). *Universidades da terceira idade: da solidão aos motivos para a sua frequência*. Porto: Legis Editora.

Mota, J., Carvalho, J. (1999). Programas de actividade física no concelho do Porto. In J. Mota, J. Carvalho (EDS): Actas do seminário qualidade de vida no idoso: o papel da actividade física. Porto. Faculdade de Ciências do desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Mouro, H. (2013). *Envelhecimento, políticas de intervenção e serviço social*. Lisboa: Pactoredições de ciências sociais, forenses e da educação.

- Neril, A. & Freire, S. (2000). *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus.
- Neto, F. (2000). *Psicologia Social* (Vol. II). Lisboa: Universidade Aberta.
- Nina, E. & Paiva, C. (2001). Idosos Rurais e Urbanos: Estudo comparativo. *Gereatria: Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, 14 (140), 9-32.
- Oliveira, F. (2005). Seminário: *Boas práticas nas instituições, alguns desafios para o director técnico*. Samora Correia.
- OMS, 2002 - *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Geneva, World Health Organization, 2002.
- OMS – Organização Mundial de Saúde (2005). Envelhecimento ativo, um projeto de Política de Saúde, Grupo de Doenças Não-transmissíveis e Saúde Mental. Disponível em [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf).
- Organização Mundial De Saúde – CIF, Classificação *Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (2003).
- Ottenheim, N., Kromhout, D., Mast, R., Zitman, F., Geleijnse, J. & Giltay, E. (2011). Dispositional optimism and loneliness in older men. *Internacional Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 151-159.
- Papalia, D. E., Feldman R. D. & Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento humano*. Artmed Editora.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, Família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Paúl, C., Fonseca, A.M., Martín, I. & Amado, J. (2003). Psychological profile of rural and urban elders in Portugal. *European Psychologist*, 8 (3), 160-167.



Paúl, C., Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). Perspectives on loneliness. In L. A. Peplau and D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 1-18). New York: John Wiley & Sons.

Pinto, C. (2013). Uma Prática de Empowerment com Adultos Idosos. In Maria Irene Carvalho (Coord.) *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa: Pactor.

Portella, M. R. (2002). *A utopia do envelhecer saudável nas ações coletivas dos grupos de terceira idade: canais de aprendizagem para a construção da cidadania*. (Tese Doutorado Universidade Federal de Santa Catarina). Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/83188>

Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual do Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel.

Rosa, M. (1995). *Envelhecimento da população Portuguesa*. Mirandela: Cadernos do Público.

Rossel, N., Herrera, R. & Rico, M. (2004). *Introducción a la psicogerintología*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Santos, P. (2002). *A Depressão no Idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.

Serrano, Glória Pérez (2008) – *Elaboração de Projectos Sociais – Casos Práticos*. Porto: Porto Editora.

Sousa, M. J. & Baptista, C. S. (2011). *Como Fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios*. Lisboa: Pactor.

Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37 (3), 364-371. doi: 10.1590/S0034-89102003000300016

Souza, J. N. & Chaves, E. (2005). O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P.*, 39(1), 13–19. doi: 10.1590/S0080-62342005000100002

Spar, J. & La Rue, A. (1998). *Guia de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M. & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia. Randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 183, 248-254.

Stoner, J. A. F. & Freeman, R. E. (1999). *Administração*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora.

Stuck, A.E., Walthert, J. M. , Nikolaus, T, Büla, C.J., Hohmann, C. & Beck, J.C. (1999). Risk Factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Social Science Medicine*, 48 (4), 445-469. doi: 10.1016/S0277-9536(98)00370-0

Veloso, A.S.T. (2015). *Envelhecimento, Saúde e Satisfação: Efeitos do Envelhecimento Ativo na Qualidade de Vida*. (Tese Mestrado Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra). Disponível em <http://hdl.handle.net/10316/29711>.

Verbrugge, L. M., Merrill, S. & Liu, S. X. (1999). Measuring Disability with Parsimony. *Disability and Rehabilitation*. 21 (5-6), 295-306. doi: 10.1080/096382899297729

Woods, B., Aguirre, E., Spector, A.E. & Orrell M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2:CD005562. doi: 10.1002/14651858.CD005562.pub2.

Yang, Y. & George, L. K. (2005). Functional Disability, Disability Transitions, and Depressive Symptoms in Late Life. *Journal of aging and health*, 17 (3), 263-292. doi: 10.1177/0898264305276295

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. B. & Leirer V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.

You, K. S. & Lee, H. (2006). The Physical, Mental, and Emotional Health of Older People Who Are Living Alone or With Relatives. *Archives of psychiatric nursing*, 20 (4), 193-201. doi: 10.1016/j.apnu.2005.12.008

Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice: Aspectos Bipsicossociais*. Porto Alegre: Artmed editora.

## **ANEXO I**

### **Tabela - Características dos utentes do Centro de Dia da ADIB (atualizado à data)**

	<b>Rendimentos</b>	<b>Serviços prestados</b>	<b>Condições habitacionais</b>	<b>Suporte sociofamiliar</b>	<b>Componente motora</b>	<b>Componentes cognitivas e de risco</b>
<b>Utente 1 (62 anos, divorciado)</b>	RSI (183,84€)	Frequenta o Centro de Dia desde 2012 usufruindo de alimentação (todos os dias); higiene pessoal e apoio psicossocial.	Vive numa loja sem condições habitacionais	Ausência de familiar; Não se relaciona com os pares;	Independente na realização de AVD.	Etilismo crónico
<b>Utente 2 (74 anos, casado)</b>	Reformado (882,42€)	Frequenta o Centro de Dia desde 2015 usufruindo de alimentação (todos os dias); cuidados de enfermagem na preparação da medicação; participa nas atividades lúdicas que despertam interesse; apoio psicossocial.	Casa Própria	Forte suporte familiar (2 filhos); Socializa com os seus pares; Esposa institucionalizada na ADIB – ERPI;	Independente na realização de AVD.	Hipoacusia
<b>Utente 3 (82 anos, casado)</b>	Reformado (407,64€)	Frequenta o Centro de Dia desde 2010 usufruindo de alimentação (dias úteis); transporte; cuidados de enfermagem na preparação da medicação; participa nas	Casa Própria	Reside com esposa e seu filho, nora e neto;	Necessita de apoio na realização de AVD e na	

		atividades lúdicas que despertam interesse; apoio psicossocial.			mobilidade.	
<b>Utente 4</b> <b>(45 anos, solteiro)</b>	Reformado por invalidez (264,32€)	Frequenta o Centro de Dia desde 2016 usufruindo de alimentação (todos os dias); higiene pessoal; transporte; tratamento de roupa; cuidados de enfermagem na preparação da medicação e pensos; apoio psicossocial.	Casa Própria (sem condições de habitabilidade)	Sem suporte familiar.	Necessita de apoio na realização de algumas AVD e na mobilidade	Etilismo crónico
<b>Utente 5</b> <b>(casada, 82 anos)</b>	Reformada (366,00€)	Frequenta o Centro de Dia desde 2015 usufruindo de alimentação (dias úteis); higiene pessoal; transporte; tratamento de roupa; Cuidados de enfermagem na preparação da medicação e pensos; Apoio Psicossocial.	Casa Própria degradada e com barreiras arquitetónicas	Suporte Familiar – marido e filhos;	Dependente na realização de AVD; Mobilidade reduzida. A aguardar vaga na resposta social ERPI.	Demência.
<b>Utente 6</b> <b>(viúva, 87)</b>	Reformada (524,59€)	Frequenta o Centro de Dia desde 2017 usufruindo de alimentação (todos os	Casa alugada com barreiras	Suporte familiar – filhos	Dependente na realização de	AVC anterior.

<b>anos)</b>		dias); higiene pessoal; transporte; cuidados de enfermagem na preparação da medicação e pensos; Apoio Psicossocial.	arquitetónicas (150,00€)		todas as AVD; Mobilidade Reduzida (ajuda técnica).	
<b>Utente 7 (casado, 85 anos)</b>	Reformado (277,27€)	Frequenta o Centro de Dia desde 2017 usufruindo de alimentação (dias úteis); higiene pessoal; transporte; cuidados de enfermagem na preparação da medicação; Apoio Psicossocial.	Habitação Própria em estado de degradação e com barreiras arquitetónicas	Suporte familiar – filhos e cônjuge	Dependente na realização das AVD; A aguarda vaga na resposta social ERPI	Demência
<b>Utente 8 (72 anos, viúva)</b>	Reformada (447,90€)	Frequenta Centro de Dia desde 2016 usufruindo de alimentação (dias úteis); transporte; cuidados de enfermagem na preparação da medicação; participa nas atividades lúdicas de animação sociocultural; apoio psicossocial.	Habitação Própria	Suporte familiar pelos filhos; Cuidadora informal.	Tem cuidadora informal para apoiar na realização de AVD.	Depressão
<b>Utente 9 (75 anos,</b>	Reformada (435,86€)	Frequenta o Centro de Dia desde 2012 usufruindo de alimentação (dias úteis);	Habitação Própria	Suporte familiar pelos filhos.	Independente na realização	Insuficiência Cardíaca

<b>viúva)</b>		transporte; cuidados de enfermagem na preparação da medicação; participa nas atividades lúdicas de animação sociocultural; apoio psicossocial.			de todas as AVD.	
<b>Utente 10 (73 anos, Viúvo)</b>	Reformado (224,60€)	Frequenta o Centro de Dia desde 2013 usufruindo de alimentação (dias úteis); transporte; cuidados de enfermagem na preparação da medicação; participa nas atividades lúdicas de animação sociocultural; apoio psicossocial.	Habitação Própria	Suporte família pelos filhos.	Independente na realização de todas as AVD.	
<b>Utente 11 (88 anos, viúva)</b>	Reformada (422,91€)	Frequenta o Centro de Dia desde 2013 usufruindo de alimentação (todos os dias); transporte; cuidados de enfermagem na preparação da medicação; participa nas atividades lúdicas de animação sociocultural; apoio psicossocial.	Casa Alugada sem condições de habitabilidade.	Suporte familiar.	Dificuldades na realização das AVD.	Bronquite crónica – dependente de oxigénio suplementar.
<b>Utente 12 (86 anos, divorciado)</b>	Reformado (382,46€)	Frequenta o Centro de Dia desde 2015 usufruindo de alimentação (dias úteis); higiene pessoal; transporte; cuidados de	Habitação Própria	Suporte familiar.	Independente na realização de AVD.	Demência.



		enfermagem na preparação da medicação; participa nas atividades lúdicas de animação sociocultural; apoio psicossocial.				
<b>Utente 13</b> <b>(92 anos,</b> <b>Viúvo)</b>	Reformado (410,72€)	Frequenta o Centro de Dia desde 2014 usufruindo de alimentação (todos os dias); higiene pessoal; transporte; tratamento de roupas; higiene habitacional; cuidados de enfermagem na preparação da medicação; participa nas atividades lúdicas de animação sociocultural; apoio psicossocial.	Habitação Própria em degradação.	Ausência de familiar.	Consegue desenvolver algumas AVD sem apoio.	
<b>Utente 14</b> <b>(74 anos,</b> <b>Viúvo)</b>	Reformado (472,32€)	Frequenta o Centro de Dia desde 2017 usufruindo de alimentação (dias úteis); higiene pessoal; transporte; cuidados de enfermagem na preparação da medicação; participa nas atividades lúdicas de animação sociocultural; apoio psicossocial.	Habitação Própria	Suporte familiar.	Independente na realização de AVD.	Demência.
<b>Utente 15</b>	Reformada	Frequenta o Centro de Dia desde 2017	Habitação	Suporte familiar	Consegue	Ansiedade;

<b>(75 anos, viúva)</b>	(493,28€9)	usufruindo de alimentação (todos os dias); transporte; cuidados de enfermagem na preparação da medicação; participa nas atividades lúdicas de animação sociocultural; apoio psicossocial regular.	Própria		desenvolver algumas AVD sem apoio	Demência.
<b>Utente 16 (80 anos, casado)</b>	Reformado (378,95€)	Frequenta o Centro de Dia desde 2017 usufruindo de alimentação (dias úteis); transporte; cuidados de enfermagem na preparação da medicação; apoio psicossocial regular.	Habitação Própria	Reside com a esposa	Depende na realização de AVD; Mobilidade reduzida (ajuda técnica).	AVC prévio; Demência.
<b>Utente 17 (82 anos, solteira)</b>	Reformada (277,27€)	Frequenta o Centro de Dia desde 2017 usufruindo de alimentação (dias úteis); transporte; cuidados de enfermagem na preparação da medicação; participa nas atividades lúdicas de animação sociocultural; apoio psicossocial quando necessário.	Casa da Sobrinha	Suporte familiar	Independente na realização de algumas AVD.	

<b>Utente 18</b> <b>(79 anos,</b> <b>viúva)</b>	Reformada (593,60€)	Frequenta o Centro de Dia desde 2017 usufruindo de alimentação (dias úteis); transporte; cuidados de enfermagem na preparação da medicação; participa nas atividades lúdicas de animação sociocultural; apoio psicossocial quando necessário.	Habitação Própria	Suporte Familiar (reside com os 2 filhos)	Independente na realização de algumas AVD.	Doença de Parkinson
<b>Utente 19</b> <b>(84 anos,</b> <b>Viúva)</b>	Reformada (455,49€)	Frequenta o Centro de Dia desde 2008 usufruindo de alimentação (todos os dias); higiene pessoal; tratamento de roupas; higiene habitacional; transporte; cuidados de enfermagem na preparação da medicação e pensos; apoio psicossocial quando necessário.	Habitação Própria	Ausência de suporte familiar	Independente na realização de algumas AVD.	Insuficiência venosa crónica com úlceras varicosas
<b>Utente 20</b> <b>(78 anos,</b> <b>casada)</b>		Frequenta o Centro de Dia desde 2010 usufruindo de alimentação (dias úteis); higiene pessoal; transporte; cuidados de enfermagem na preparação da medicação; apoio psicossocial quando necessário.	Habitação Própria	Reside com o marido, filho, nora e neto	Necessita de apoio na realização das AVD. Mobilidade reduzida.	

<b>Utente 21</b> <b>(72 anos,</b> <b>solteira)</b>	Reformada (305,96€)	Frequenta o Centro de Dia desde 2012 usufruindo de alimentação (dias úteis); higiene pessoal; transporte; cuidados de enfermagem na preparação da medicação; apoio psicossocial regular.	Casa emprestada pela sobrinha	Suporte familiar	Independente na realização de algumas AVD.	Esquizofrenia
<b>Utente 22</b> <b>(75 anos,</b> <b>viúvo)</b>	Reformado (613,55€)	Frequenta o Centro de Dia desde 2017 usufruindo de alimentação (todos os dias); higiene habitacional; tratamento de roupas, higiene pessoal; cuidados de enfermagem na preparação da medicação; apoio psicossocial quando necessário.	Habitação Própria	Com suporte familiar	Independente na realização de algumas AVD; Dificuldades na locomoção (ajuda técnica).	Obesidade
<b>Utente 23</b> <b>(75 anos,</b> <b>Viúva)</b>	Reformada (537,80€)	Frequenta o Centro de Dia desde 2016 usufruindo de alimentação (dias úteis); transporte; participa nas atividades lúdicas de animação cultural; cuidados de enfermagem na preparação da medicação; apoio psicossocial quando necessário regular.	Habitação Própria	Suporte familiar	Independente na realização de algumas AVD.	Ansiedade; Depressão

<b>Utente 24</b> <b>(75 anos,</b> <b>viúvo)</b>	Reformado (651,18€)	Frequenta o Centro de Dia desde 2016 usufruindo de alimentação (dias úteis); transporte, higiene habitacional; tratamento de roupas, atividades lúdicas de animação cultural; cuidados de enfermagem na preparação da medicação; apoio psicossocial regular.	Habitação Própria	Suporte familiar	Independente na realização de AVD.	Etilismo crónico
<b>Utente 25</b> <b>(86 anos,</b> <b>solteira)</b>	Reformada (481,49€)	Frequenta o Centro de Dia desde 2013 usufruindo de alimentação (dias úteis); transporte; atividades lúdicas de animação cultural; cuidados de enfermagem na preparação da medicação; apoio psicossocial regular.	Casa emprestada pela filha	Suporte familiar	Independente na realização de AVD. Dificuldades de locomoção (ajuda técnica).	Demência

## **ANEXO II**

### **Regulamento Interno Centro de Dia da ADIB**

# **REGULAMENTO INTERNO DE FUNCIONAMENTO**

## **CENTRO DE DIA**

### **Capítulo I**

#### **Disposições Gerais**

##### **Norma 1ª**

##### **ÂMBITO DE APLICAÇÃO**

A Associação para o Desenvolvimento Integral de Barrosas, tem acordo de cooperação celebrado com o Centro Distrital de Segurança Social de Porto, em 01/10/1999, para a resposta social de CENTRO DE DIA, doravante designado por CD. Esta resposta social rege-se pelas seguintes normas:

##### **Norma 2ª**

##### **LEGISLAÇÃO APLICÁVEL**

O CD é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados na Instituição, durante o período diurno, a indivíduos e famílias quando, por motivos de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária e rege-se pelo estipulado no:

- a) Lei 76/2015, de 28 Julho;

- b) Decreto – Lei n.º 172 -A/2014, de 14 de Novembro – Aprova o Estatuto das IPSS;
- c) Decreto – Lei n.º 33/2014, de 4 de Março - Define o regime jurídico de instalação, funcionamento e fiscalização dos estabelecimentos de apoio social geridos por entidades privadas, estabelecendo o respetivo regime contraordenacional;
- d) Portaria 196-A/2015, de 01 de Julho;
- e) Portaria n.º 67/2012, de 21 de Março - Define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as estruturas residenciais para pessoas idosas;
- f) Despacho Normativo n.º 75/92, de 20 de Maio – Regula o regime jurídico de cooperação entre as IPSS e o Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social;
- g) Protocolo de Cooperação em vigor;
- h) Contrato Coletivo de Trabalho para as IPSS.

### **Norma 3ª**

#### **DESTINATÁRIOS E OBJETIVOS**

1. São destinatários do CD famílias e ou pessoas que se encontrem em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito, sendo o apoio prestado nas instalações da Instituição.
2. Constituem objetivos do CD:
  - a) Concorrer para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e família;



- b) Contribuir para a permanência dos utentes no seu meio habitual de vida, retardando ou evitando o recurso a estruturas residenciais;
- c) Prestar cuidados e serviços adequados às necessidades biopsicossociais dos utentes, sendo estes, objeto de contratualização;
- d) Assegurar um atendimento individual e personalizado em função das necessidades específicas de cada pessoa;
- e) Promover a dignidade da pessoa e oportunidades para a estimulação da memória, do respeito pela história, cultura, e espiritualidade pessoais e pelas suas reminiscências e vontades conscientemente expressas;
- f) Contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo;
- g) Promover o aproveitamento de oportunidades para a saúde, participação e segurança e no acesso à continuidades de aprendizagem ao longo da vida e o contato com novas tecnologias úteis;
- h) Prevenir e despistar qualquer inadaptação, deficiência ou situação de risco, assegurando o encaminhamento mais adequado;
- i) Promover estratégias de manutenção e reforço da funcionalidade, autonomia e independência, do auto cuidado e da autoestima e oportunidades para a mobilidade e atividade regular, tendo em atenção o estado de saúde e recomendações médicas de cada pessoa;
- j) Promover um ambiente de segurança física e afetiva, prevenir os acidentes, as quedas, os problemas com medicamentos, o isolamento e qualquer forma de mau trato;
- k) Promover a intergeracionalidade;

- l) Promover a interação com ambientes estimulantes, promovendo as capacidades, a quebra da rotina e a manutenção do gosto pela vida;
- m) Promover os contactos sociais e potenciar a integração social;
- n) Contribuir para a conciliação da vida familiar e profissional do agregado familiar;
- o) Reforçar competências e capacidades das famílias e de outros cuidadores;
- p) Facilitar o acesso a serviços da comunidade;
- q) Promover o respeito pelos direitos dos clientes, nomeadamente da sua dignidade e intimidade da sua vida privada;
- r) Assegurar a divulgação e o cumprimento das regras de funcionamento do estabelecimento;
- s) Promover a participação dos Utentes e dos seus familiares ao nível desta resposta social;

#### **Norma 4ª**

#### **CUIDADOS E SERVIÇOS**

No âmbito desta resposta social e de acordo com a situação de cada Utente, estes têm direito aos seguintes serviços:

1. Cuidados de Higiene pessoal:
  - a) Cuidados de higiene e arranjo pessoal na Instituição;
  - b) O utente que não possua, em sua casa, instalações sanitárias, adequadas, aos cuidados de imagem, os mesmos serão feitos nas instalações do equipamento;
2. Alimentação:

- a) Efetuada nas instalações da Instituição – equilibrada e confeccionada de acordo com a situação de saúde do idoso.

3. Tratamento de Roupas:

- a) Serviço de lavandaria e tratamento de roupa.

4. Atividades de animação e socialização:

- a) Orientação, acompanhamento e encaminhamento do utente, para outros serviços e/ou organismos;
- b) Aquisição de bens alimentares;
- c) Pagamento de serviços e compras;
- d) Participação em convívios / passeios e outras atividades de animação.

5. Saúde:

- a) Quando indispensável, acompanhamento do utente ao Centro de saúde e/ou hospital;
- b) Acompanhamento dos serviços de Medicina e Enfermagem da Instituição;
- c) Marcação de Consultas;
- d) Aquisição de receituário e compra de medicação.
- e) Apoio Psicossocial

O horário de prestação de outros serviços é estabelecido de acordo com as necessidades e hábitos dos utentes e a organização do trabalho das equipas.

Os serviços a prestar são definidos no ato da sua admissão, podendo contudo ser reajustados após cada momento de avaliação periódica.

A duração da prestação do serviço varia conforme a situação em que o idoso se encontra e as necessidades detetadas.

### **Norma 18º.**

#### **ALIMENTAÇÃO**

1. O serviço de alimentação consiste no fornecimento das seguintes refeições: pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e têm o seguinte horário:
  - a) Pequeno-almoço das 08h45 às 10h00;
  - b) Almoço das 12h15 às 13h00;
  - c) Lanche das 16h00 às 16h30;
  - d) Jantar das 18h45 às 19h30;
2. A ementa semanal é afixada em local visível e adequado, elaborada com o devido cuidado nutricional e adaptada aos utentes desta resposta social;
3. Todas as refeições são servidas no refeitório.
4. As dietas dos utentes, sempre que prescritas pelo médico, são de cumprimento obrigatório.

## **Capítulo II**

### **PROCESSO DE ADMISSÃO DOS UTENTES**

#### **Norma 5ª**

##### **CONDIÇÕES DE ADMISSÃO**

1. São condições de admissão no CD:
  - a) A idade mínima de 65 anos ou inferior a esta, desde que reformado por invalidez ou outros problemas sociais;
  - b) A inscrição.
2. O Processo de admissão deve ser instruído com:

- a) Pedido de inscrição elaborado pelo próprio ou pela família, junto dos serviços administrativos da Instituição;
  - b) Documentos constantes no nº 1, do artigo 6.º do presente regulamento;
  - c) Outros documentos julgados de interesse e apresentados pelo interessado, ou solicitados pela Instituição.
3. Em caso de admissão urgente (encaminhamento via segurança social, linhas de emergência ou casos sociais devidamente sinalizados) pode ser dispensada a apresentação da candidatura e respetivos documentos probatórios, devendo todavia ser desde logo iniciado o processo de obtenção dos dados em falta.

### **Norma 6ª**

#### **INSCRIÇÃO**

1. Para efeito de admissão, o utente deverá fazer a sua inscrição através do preenchimento de uma ficha de identificação que constitui parte integrante do processo do utente, devendo fazer prova das declarações efetuadas, mediante a entrega de cópias dos seguintes documentos:
- a) BI ou Cartão do Cidadão do utente e do representante legal, quando necessário;
  - b) Cartão de Contribuinte do utente e do representante legal, quando necessário;
  - c) Cartão de Beneficiário da Segurança Social e o vale da reforma ou outros rendimentos do utente;
  - d) Cartão de Utente do Serviço Nacional de Saúde ou de Subsistema a que o utente pertença;
  - e) Boletim de vacinas e relatório médico comprovativo da situação clínica do utente (na admissão);
  - f) Comprovativos dos rendimentos do utente e agregado familiar;

- g) Declaração assinada pelo utente ou seu representante legal em como autoriza a informatização dos dados pessoais para efeitos de elaboração do processo individual;
- 2. Excecionar, eventualmente, alguns documentos só exigíveis no caso de se concretizar a admissão;
- 3. A ficha de identificação (disponível nesta Instituição) e os documentos probatórios referidos no número anterior deverão ser entregues nos serviços administrativos;
- 4. Em caso de dúvida podem ser solicitados outros documentos comprovativos;
- 5. Em caso de admissão urgente, pode ser dispensada a apresentação do processo de inscrição e respetivos documentos probatórios, devendo ser, desde logo, iniciado o processo de obtenção dos dados em falta.

### **Norma 7ª**

#### **CRITÉRIOS DE PRIORIDADE NA ADMISSÃO**

- 1. São critérios de prioridade na admissão dos utentes:
  - a) Pessoas em situação social e/ou economicamente desfavorecidas;
  - b) Situação de marginalização / exclusão social e casos sociais urgentes devidamente sinalizados pelas entidades / organismos competentes
  - c) A impossibilidade do utente em realizar as atividades de vida diária e/ ou satisfação das suas necessidades básicas;
  - d) Ausência ou indisponibilidade da família ou outras pessoas para assegurar os cuidados básicos;
  - e) Idoso que tenha outros parentes, nomeadamente conjugue já internado na Instituição;

- f) Situação de dependência que não possa ser gerida noutra resposta social;
- g) Vontade expressa pelo utente e seus familiares em frequentar a resposta social;
- h) Data de inscrição.

### **Norma 8ª**

#### **ADMISSÃO**

1. Recebido o pedido de admissão, o mesmo é registado e analisado pelo Diretor Técnico desta resposta social CD, a quem compete elaborar a proposta de admissão, quando tal se justificar. A proposta acima referida é baseada num Diagnóstico social ou relatório social que terá em consideração as condições e os critérios para admissão, constantes neste Regulamento;
2. O pedido de admissão é registado na instituição numa base de dados. Recebido o processo é analisado pelo Diretor Técnico, a quem compete elaborar a proposta de admissão à decisão da Direção.
3. A admissão no estabelecimento é da responsabilidade da Direção da ADIB e será feita de acordo com os critérios anunciados no artigo anterior, a existência de vagas e a avaliação da situação social do candidato.
4. Da decisão será dado conhecimento ao utente ou seu representante legal no prazo de 10 dias;
5. Após decisão da admissão do candidato, proceder-se-á à abertura de um processo individual, que terá por objetivo, permitir o estudo e o diagnóstico da situação, assim como a definição, programação e acompanhamento dos serviços prestados;

6. Em situações de emergência, a admissão será sempre a título provisório com parecer do Diretor Técnico e autorização da Direção, tendo o processo tramitação idêntica às restantes situações;
7. Os utentes que reúnam as condições de admissão, mas que não seja possível admitir, por inexistência de vagas ficam automaticamente inscritos e o seu processo arquivado em pasta própria não conferindo, no entanto, qualquer prioridade na admissão. Tal facto é comunicado ao candidato a utente ou seu representante legal, através de via telefónica.

### **Norma 9ª**

#### **ACOLHIMENTOS DOS NOVOS UTENTES**

1. O Acolhimento dos novos utentes rege-se pelas seguintes regras:
  - a) Definição dos serviços a prestar ao utente, após avaliação das suas necessidades;
  - b) Apresentação da equipa prestadora dos cuidados e serviços;
  - c) Reiteração das regras de funcionamento da resposta social em questão, assim como dos direitos e deveres de ambas as partes e as responsabilidades de todos os intervenientes na prestação do serviço, contidos no presente Regulamento;
  - d) Caso existam, realização do inventário dos bens que o utente fornece para a prestação dos serviços e acordados na contratualização;
  - e) Definição e conhecimento dos espaços a utilizar na prestação dos cuidados e serviços;
  - f) Elaboração, após 30 dias, do relatório final sobre o processo de integração e adaptação do utente, que será posteriormente arquivado no Processo Individual do Utente;
2. Se, durante este período, o utente não se adaptar, deve ser realizada uma avaliação do programa de acolhimento inicial, identificando as



manifestações e factores que conduziram à inadaptação do utente; procurar que sejam ultrapassados, estabelecendo se oportuno novos objetivos de intervenção. Se a inadaptação persistir, é dada a possibilidade, quer à instituição, quer ao utente, de rescindir o contrato.

### **Norma 10ª**

#### **PROCESSO INDIVIDUAL DO UTENTE**

1. Do processo individual do utente consta:
  - a) Identificação e contacto do utente;
  - b) Data de início da prestação dos serviços;
  - c) Identificação e contacto do familiar ou representante legal;
  - d) Identificação e contacto do médico assistente;
  - e) Identificação da situação social;
  - f) Processo de saúde, que possa ser consultado de forma autónoma;
  - g) Programação dos cuidados e serviços;
  - h) Registo de períodos de ausências, bem como de ocorrência de situações anómalas;
  - i) Cessação do contrato de prestação de serviços com indicação da data e motivo;
  - j) Exemplar do contrato de prestação de serviços;
2. O Processo Individual do utente, é arquivado em local próprio e de fácil acesso à coordenação técnica, garantindo sempre a sua confidencialidade;
3. Cada processo individual deve ser permanentemente atualizado.

## **Capítulo III**

### **Regras de Funcionamento**

#### **Norma 11<sup>a</sup>**

##### **HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO**

1. O CD funciona todos os dias uteis das 8h30 às 19h00;
2. Poderá ainda funcionar noutros dias, a título excecional, devidamente justificado, quando solicitado pelos utentes e famílias, sendo objeto de contratualização.

#### **Norma 12<sup>a</sup>**

##### **CÁLCULO DO RENDIMENTO PER CAPITA**

1. O cálculo do rendimento per capita do agregado familiar (RC) é realizado de acordo com a seguinte fórmula:

$$RC = \frac{RAF/12 - D}{N}$$

Sendo que:

RC = Rendimento per capita;

RAF = Rendimento do agregado familiar (anual ou anualizado);

D = Despesas mensais fixas;

N = Número de elementos do agregado familiar;

2. Considera-se agregado familiar o conjunto de pessoas ligadas entre si por vínculo de parentesco, afinidade, ou outras situações similares,

desde que vivam em economia comum (esta situação mantém-se nos casos em que se verifique a deslocação, por período igual ou inferior a 30 dias, do titular ou de algum dos membros do agregado familiar e, ainda por período superior, se a mesma for devida a razões de saúde, escolaridade, formação profissional ou de relação de trabalho que revista carácter temporário), designadamente:

- a) Cônjuge, ou pessoa em união de facto há mais de 2 anos;
- b) Parentes e afins maiores, na linha reta e na linha colateral, até ao 3º grau;
- c) Parentes e afins menores na linha reta e na linha colateral;
- d) Tutores e pessoas a quem o utente esteja confiado por decisão judicial ou administrativa;
- e) Adotados e tutelados pelo utente ou qualquer dos elementos do agregado familiar e crianças e jovens confiados por decisão judicial ou administrativa ao utente ou a qualquer dos elementos do agregado familiar.

3. Para efeitos de determinação do montante de rendimentos do agregado familiar (RAF), consideram-se os seguintes rendimentos:

- a) Do trabalho dependente;
- b) Do trabalho independente – rendimentos empresariais e profissionais (no âmbito do regime simplificado é considerado o montante anual resultante da aplicação dos coeficientes previstos no Código do IRS ao valor das vendas de mercadorias e de produtos e de serviços prestados);
- c) De pensões – pensões de velhice, invalidez, sobrevivência, aposentação, reforma ou outras de idêntica natureza, as rendas temporárias ou vitalícias, as prestações a cargo de companhias de seguro ou de fundos de pensões e as pensões de alimentos;
- d) De prestações sociais (exceto as atribuídas por encargos familiares e por deficiência);

- e) Bolsas de estudo e formação (exceto as atribuídas para frequência e conclusão, até ao grau de licenciatura)
- f) Prediais - rendas de prédios rústicos, urbanos e mistos, cedência do uso do prédio ou de parte, serviços relacionados com aquela cedência, diferenças auferidas pelo sublocador entre a renda recebida do subarrendatário e a paga ao senhorio, cedência do uso, total ou parcial, de bens imóveis e a cedência de uso de partes comuns de prédios. Sempre que destes bens imóveis não resultar rendas ou que estas sejam inferiores ao valor Patrimonial Tributário, deve ser considerado como rendimento o valor igual a 5% do valor mais elevado que conste da caderneta predial atualizada, ou da certidão de teor matricial ou do documento que titule a aquisição, reportado a 31 de dez. do ano relevante.

Esta disposição não se aplica ao imóvel destinado a habitação permanente do requerente e respetivo agregado familiar, salvo se o seu Valor Patrimonial for superior a 390 vezes o valor da RMMG, situação em que se considera como rendimento o montante igual a 5% do valor que exceda aquele valor.

- g) De capitais – rendimentos definidos no art.º 5º do Código do IRS, designadamente os juros de depósitos bancários, dividendos de ações ou rendimentos de outros ativos financeiros. Sempre que estes rendimentos sejam inferiores a 5% do valor dos depósitos bancários e de outros valores mobiliários, do requerente ou de outro elemento do agregado, à data de 31 de dezembro do ano relevante, considera-se como rendimento o montante resultante da aplicação de 5%.
- h) Outras fontes de rendimento (exceto os apoios decretados para menores pelo tribunal, no âmbito das medidas de promoção em meio natural de vida)

- 4. Para efeito da determinação do montante de rendimento disponível do agregado familiar, consideram-se as seguintes despesas fixas:

- a) O valor das taxas e impostos necessários à formação do rendimento líquido, designadamente do imposto sobre o rendimento e da taxa social única;
- b) O valor da renda de casa ou de prestação devida pela aquisição de habitação própria
- c) Despesas com transportes, até ao valor máximo da tarifa de transporte da zona da residência;
- d) As despesas com saúde e a aquisição de medicamentos de uso continuado em caso de doença crónica;
- e) Comparticipação nas despesas em outras respostas sociais relativo a ascendentes e outros familiares.

### **Norma 13ª**

#### **TABELA DE COMPARTICIPAÇÕES**

1. O valor da comparticipação financeira para o CD tem como base as definições constantes na Orientação Técnica, descrita na Circular nº 4, de 16 de Dezembro de 2014, da Segurança Social e Protocolo de Cooperação 2015-2016 entre MSSS e UMP, CNIS.
2. A comparticipação de cada utente é determinada pela aplicação das percentagens discriminadas, sobre o rendimento per capita, totalizando uma percentagem que pode variar entre os 40% e o 60% de acordo com a seguinte tabela:

Cuidados e serviços previstos da NORMA 4ª	Dias úteis	Dias úteis + fim-de-semana
Apenas o previsto no n.º 1	40%	45%
Acrescendo a) e b) do n.º 2	45%	50%
Acrescendo c) ou d)	50%	55%
Acrescendo c) e d)	55%	60%
Transporte, disponibilização de produtos de apoio à funcionalidade e à autonomia de outros.	A definir com base nas distâncias e natureza do serviço.	

3. Ao somatório das despesas referidas em b), c) e d) do n.º 4 da NORMA 12ª é estabelecido como limite máximo do total da despesa o valor correspondente à RMMG; nos casos em que essa soma seja inferior à RMMG, é considerado o valor real da despesa;
4. Quanto á prova dos rendimentos do agregado familiar:
5. É feita mediante a apresentação da declaração de IRS, respetiva nota de liquidação ou outro documento probatório;
6. Sempre que haja dúvidas sobre a veracidade das declarações de rendimentos, ou a falta de entrega dos documentos probatórios, a Instituição convencionada um montante de comparticipação até ao limite da comparticipação familiar máxima;
7. A prova das despesas fixas é feita mediante apresentação dos documentos comprovativos.

## **Norma 14ª**

### **MONTANTE E REVISÃO DA COMPARTICIPAÇÃO FAMILIAR**

1. A comparticipação familiar máxima não pode exceder o custo médio real do utente, no ano anterior, calculado em função do valor das despesas efetivamente verificadas no ano anterior, atualizado de acordo com o índice de inflação;
2. Haverá lugar a uma redução de 10% da comparticipação familiar mensal, quando o período de ausência, devidamente fundamentado, exceder 15 dias seguidos;
3. As comparticipações familiares são revistas anualmente no início do ano civil, ou sempre que ocorram alterações, designadamente no rendimento per capita e nas opções de cuidados e serviços a prestar.

## **Norma 15ª**

### **PAGAMENTO DE MENSALIDADES**

1. O pagamento das mensalidades é efetuado até ao dia 10 do mês a que respeita, nos serviços administrativos da Instituição;
2. O pagamento de outras atividades/serviços ocasionais e não contratualizados é efetuado no período imediatamente posterior à sua realização.
3. Perante ausências de pagamento superiores a sessenta dias, a Instituição poderá vir a suspender a permanência do utente até este regularizar as suas mensalidades, após ser realizada uma análise individual do caso.

## **Capítulo IV**

### **Da prestação dos Cuidados e Serviços**

### **Norma 16ª**

#### **ATIVIDADES SOCIOCULTURAIS, LÚDICO-RECREATIVAS, DE MOTRICIDADE E DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA**

1. Aos utentes é disponibilizado um programa de atividades socioculturais, lúdicas e recreativas, de motricidade e de estimulação cognitiva comum a todos, mas com ajustamentos individuais, consoante as necessidades e interesses de cada um;
2. O desenvolvimento de passeios ou deslocações, é da responsabilidade do Diretor Técnico, que comunica, através dos colaboradores a organização de atividades, nas quais os utentes do CD podem ser incluídos;
3. Os passeios poderão ser gratuitos ou ser devida uma comparticipação, devendo tal situação ser previamente informada aos utentes;
4. A autorização dos familiares ou responsáveis dos utentes é sempre necessária, quando estes não sejam hábeis para o fazer, para a realização de passeios ou deslocações em grupo;
5. Durante os passeios os utentes são sempre acompanhados por colaboradores da instituição;
6. Os clientes serão sempre contactados para participar em atividades culturais e recreativas promovidas pela Instituição ou por outras Instituições da região, ficando o transporte do, e para o domicílio, a cargo da Instituição.
7. A aquisição de bens e géneros alimentícios será feita a pedido do cliente e, sendo possível, em articulação com o familiar de referência.
8. Estas aquisições são pagas diretamente pelo cliente, a quem é devido o documento relativo ao custo dos artigos adquiridos.

### **Norma 17ª**

#### **ADMINISTRAÇÃO DA MEDICAÇÃO PRESCRITA**



1. A medicação administrada ao utente cumpre as respetivas prescrições médicas;
2. O CD procurará assegurar que a medicação seja tomada, mesmo nos períodos de noite, feriados e fins-de-semana, sensibilizando para isso os familiares e/ou responsáveis.

### **Norma 18ª**

#### **ARTICULAÇÃO COM OS SERVIÇOS LOCAIS DE SAÚDE**

1. Os cuidados médicos e de enfermagem são da responsabilidade dos familiares e/ou do próprio utente; No entanto, os utentes do CD podem sempre utilizar os eventuais cuidados de enfermagem da Instituição, sempre que o desejarem ou quando, no Centro de Saúde, os mesmos não sejam prestados com a urgência necessária;
2. Os utentes desta resposta social são acompanhados a consultas e exames auxiliares de diagnóstico por familiares, excecionalmente por colaboradores da Instituição;
3. Em caso de urgência, recorre-se aos serviços de saúde disponíveis (Centro de Saúde e Hospital);
4. As despesas decorrentes do acompanhamento dos utentes por parte da Instituição, é da responsabilidade do utente e/ou representante legal.

### **Norma 19ª**

#### **CUIDADOS DE HIGIENE PESSOAL E DE IMAGEM**

1. O serviço de higiene pessoal baseia-se na prestação de cuidados de higiene corporal e conforto e é prestado de acordo com as necessidades identificadas e previamente estabelecidas, preferencialmente no período da manhã.

2. Sempre que se verifique necessário o serviço poderá compreender mais do que uma higiene pessoal diária, sendo considerado como mais um serviço.
3. A equipa poderá ainda colaborar na prestação de cuidados de saúde básicos, sob supervisão de pessoal de saúde qualificado da Instituição, constituindo igualmente um serviço não contido nos cuidados básicos.

### **Norma 20ª**

#### **TRATAMENTO DA ROUPA**

1. As roupas consideradas neste serviço são as de uso pessoal, de cama e casa de banho, exclusivas do utente.
2. Para o tratamento da roupa da semana, esta é recolhida pelo pessoal prestador de serviços e entregue no domicílio do cliente conforme previamente estabelecido.

### **Norma 21ª**

#### **TRANSPORTE**

1. Os utentes de CD tem o direito ao transporte nos seguintes horários:
  - a) Do domicílio para a Instituição:
    - i. Das 8H:30M (Primeiro transporte);
    - ii. Das 8H:45M (Segundo transporte);
  - b) Da instituição para domicilio:
    - i. Das 17H (Primeiro transporte);
    - ii. Das 19H (Segundo transporte).
2. O transporte pode ainda ser efetuado pelos familiares e/ou representante legal do utente, sendo estes os responsáveis pelo utente.

## **Norma 22<sup>a</sup>**

### **PRODUTOS DE APOIO À FUNCIONALIDADE E AUTONOMIA**

Nas situações de dependência que exijam o recurso a ajudas técnicas (fraldas, camas articuladas, cadeiras de rodas, andarilhos e outros) o CD pode providenciar a sua aquisição ou empréstimo, embora este tipo de apoios não esteja incluído no valor da comparticipação, devendo ser informado o utente do valor acrescido deste tipo de ajuda.

## **Norma 23<sup>a</sup>**

### **OUTROS SERVIÇOS**

O CD pode, ainda, assegurar outros serviços, designadamente:

- a) Formação e sensibilização dos familiares e cuidadores informais para prestação de cuidados aos clientes/utentes;
- b) Confeção de alimentos no domicílio;
- c) Transporte para atividades socioculturais e outras;
- d) Cuidados de imagem;
- e) Realização de pequenas modificações ou reparações no domicílio;
- f) Realização de atividades ocupacionais.

## **Capítulo V**

### **Recursos**

## **Norma 24<sup>a</sup>**

### **PESSOAL**

O quadro de pessoal afeto ao CD encontra-se afixado em local visível, contendo a indicação do número de recursos humanos formação e conteúdo funcional, definido de acordo com a legislação em vigor;

### **Norma 25ª**

#### **DIREÇÃO/COORDENAÇÃO TÉCNICA**

A Direção Técnica deste CD compete a um técnico, cujo nome, formação superior em ciências sociais e do comportamento, saúde ou serviços sociais e conteúdo funcional se encontra afixado em lugar visível e a quem cabe a responsabilidade de dirigir o serviço, sendo responsável, perante a Direção, pelo funcionamento geral do mesmo;

## **Capítulo VI**

### **Direitos e Deveres**

### **Norma 26ª**

#### **DIREITOS E DEVERES DOS UTENTES**

1. Sem prejuízo das regras genericamente estabelecidas neste regulamento, os utentes do CD têm os seguintes direitos:
  - a) Ser tratado com consideração, reconhecimento da sua dignidade e respeito pelas suas convicções religiosas, sociais e políticas;
  - b) Obter a satisfação das suas necessidades básicas, físicas, psíquicas e sociais, usufruindo do plano de cuidados estabelecido e contratado;
  - c) Igualdade de tratamento, independentemente da raça, religião, nacionalidade, idade, sexo ou condição social;
  - d) Participar nas atividades promovidas pelo estabelecimento de acordo com os seus interesses e possibilidades;
  - e) Respeito pela identidade pessoal e reserva da intimidade privada e familiar, bem como pelos seus usos e costumes;

- f) Consulta do processo de avaliação e requerer reuniões, sempre que achar necessário;
- g) Informação sobre as normas e as regras de funcionamento do Centro bem como as orientações da Direção;
- h) Confidencialidade no tratamento dos dados pessoais constantes do processo individual;
- i) Obter apoio na gestão do seu pecúlio e outros rendimentos se assim o solicitar à Instituição;
- j) O cliente tem direito ao recibo sobre as participações pagas pelo serviço de CD;
- k) Ter acesso à ementa semanal, sempre que os serviços prestados envolvam o fornecimento de refeições;
- l) A guarda da chave do seu domicílio em local seguro, sempre que esta seja entregue aos serviços, ou à funcionária responsável pela prestação de cuidados;
- m) A inviolabilidade da correspondência e do domicílio, não sendo, neste caso, permitido fazer alterações, nem eliminar bens ou outros objetos sem a sua prévia autorização e/ou da respetiva família;
- n) Apresentar reclamações e sugestões de melhoria do serviço aos responsáveis da Instituição;
- o) À articulação com todos os serviços da comunidade, em particular com os da saúde;

2. Os clientes têm os seguintes deveres:

- a) Abster-se de assumir qualquer comportamento que possa prejudicar a boa organização dos serviços, as condições e o ambiente necessário à eficaz prestação dos mesmos;

- b) Pagar pontualmente o montante da comparticipação familiar estabelecida, bem como as despesas realizadas, que naquela se incorporem;
- c) Satisfazer o quantitativo acordado mensalmente, inclusive nas situações de ausência por hospitalização, férias ou outra situação, em que o seu lugar continue assegurado;
- d) Prestar todas as informações com verdade e lealdade, nomeadamente as respeitantes ao seu estado de saúde; Cuidar da sua saúde e comunicar a prescrição de qualquer medicamento que lhe seja feita;
- e) Respeitar e tratar com urbanidade e solicitude os restantes clientes, a Instituição e seus representantes, bem como os colaboradores e demais pessoas que entrem em relação com o CD;
- f) Participar na medida dos seus interesses e possibilidades nas atividades da Instituição, numa linha de solidariedade e manutenção de uma vida ativa;
- g) Zelar pela conservação e boa utilização dos bens e equipamentos da Instituição postos ao seu dispor;
- h) Comunicar atempadamente à Direção Técnica as respetivas saídas e ausências;
- i) Participar de modo ativo na vida do estabelecimento apresentando as sugestões, queixas e reclamações que julgue convenientes, sobre as quais deverá ser prestada resposta ou informação em tempo oportuno;
- j) Cumpra e faça cumprir junto de familiares e demais visitas as normas do presente regulamento;
- k) Respeitar os horários estabelecidos para o funcionamento dos serviços;
- l) Ter cuidado e asseio individual;

- m) Comunicar por escrito à Direção, com 30 dias de antecedência, quando pretender suspender o serviço temporária ou definitivamente.

### **Norma 27<sup>a</sup>**

#### **DIREITOS E DEVERES DA INSTITUIÇÃO**

##### **1. São direitos da Instituição:**

- a) Ver reconhecida a sua natureza particular e, conseqüentemente, o seu direito de livre atuação e a sua plena capacidade contratual;
- b) À corresponsabilização solidária do Estado nos domínios da comparticipação financeira e do apoio técnico;
- c) Proceder à averiguação dos elementos necessários à comprovação da veracidade das declarações prestadas pelo utente e/ou familiares no ato da admissão;
- d) Fazer cumprir com o que foi acordado no ato da admissão, de forma a respeitar e dar continuidade ao bom funcionamento deste serviço;
- e) Ao direito de suspender este serviço, sempre que os utentes, grave ou reiteradamente, violem as regras constantes do presente regulamento, de forma muito particular, quando ponham em causa ou prejudiquem a boa organização dos serviços, as condições e o ambiente necessário à eficaz prestação dos mesmos, ou ainda, o relacionamento com terceiros e a imagem da própria Instituição;

##### **2. São deveres da Instituição:**

- a) Respeito pela individualidade dos utentes proporcionando o acompanhamento adequado a cada e em cada circunstância;
- b) Criação e manutenção das condições necessárias ao normal desenvolvimento da resposta social, designadamente quanto ao

recrutamento de profissionais com formação e qualificações adequadas;

- c) Promover uma gestão que alie a sustentabilidade financeira com a qualidade global da resposta social;
- d) Colaborar com os Serviços da Segurança Social, assim como com a rede de parcerias adequada ao desenvolvimento da resposta social;
- e) Prestar os serviços constantes deste Regulamento Interno;
- f) Avaliar o desempenho dos prestadores de serviços, designadamente através da auscultação dos utentes;
- g) Manter os processos dos utentes atualizados;
- h) Garantir o sigilo dos dados constantes nos processos dos clientes;

### **Norma 28ª**

#### **DEPÓSITO E GUARDA DOS BENS DO CLIENTE**

- a) A Instituição só se responsabiliza pelos objetos e valores, que os clientes lhe entreguem à sua guarda;
- b) Neste caso, é feita uma lista dos bens entregues e assinada pelo responsável/cliente e pela pessoa que os recebe. Esta Lista é arquivada junto ao processo individual do cliente.

### **Norma 29ª**

#### **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

1. É celebrado, por escrito, contrato de prestação de serviços com o utente e/ou com os seus familiares e, quando exista, com o representante legal, donde constem os direitos e obrigações das partes;



2. Do contrato é entregue um exemplar ao utente, representante legal ou familiar e arquivado outro no respetivo processo individual;
3. Qualquer alteração ao contrato é efetuada por mútuo consentimento e assinada pelas partes.

### **Norma 30ª**

#### **INTERRUPÇÃO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS POR INICIATIVA DO UTENTE**

1. Apenas é admitida a interrupção da prestação em CD em caso de internamento do utente ou férias/acompanhamento de familiares;
2. Quando o utente vai de férias, a interrupção do serviço deve ser comunicada pelo mesmo, à Direcção Técnica, por escrito, com 15 dias de antecedência;
3. O pagamento da mensalidade do utente, sofre uma redução de 10%, quando este se ausentar durante 15 ou mais dias seguidos;

### **Norma 31ª**

#### **CESSAÇÃO DA PRESTAÇÃO E SERVIÇOS POR FACTO NÃO IMPUTÁVEL AO PRESTADOR**

1. A cessação da prestação de serviços acontece por denúncia do contrato de prestação de serviços, por integração em outra resposta social da Instituição ou por morte do utente;
2. Por denúncia, o utente tem de informar a Instituição 30 dias antes de abandonar esta resposta social, implicando a falta de tal obrigação o pagamento da mensalidade do mês imediato

### **Norma 32ª**

#### **LIVRO DE RECLAMAÇÕES**

Nos termos da legislação em vigor, este serviço possui Livro de Reclamações, que poderá ser solicitado junto da Direção da Instituição ou da Direção Técnica, sempre que solicitado, pelo utente e/ou familiar.

### **Norma 33<sup>a</sup>**

#### **LIVRO DE REGISTO DE OCORRÊNCIAS**

Este serviço dispõe de Livro de Registo de Ocorrências, que servirá de suporte para quaisquer incidentes ou ocorrências que surjam no funcionamento desta resposta social;

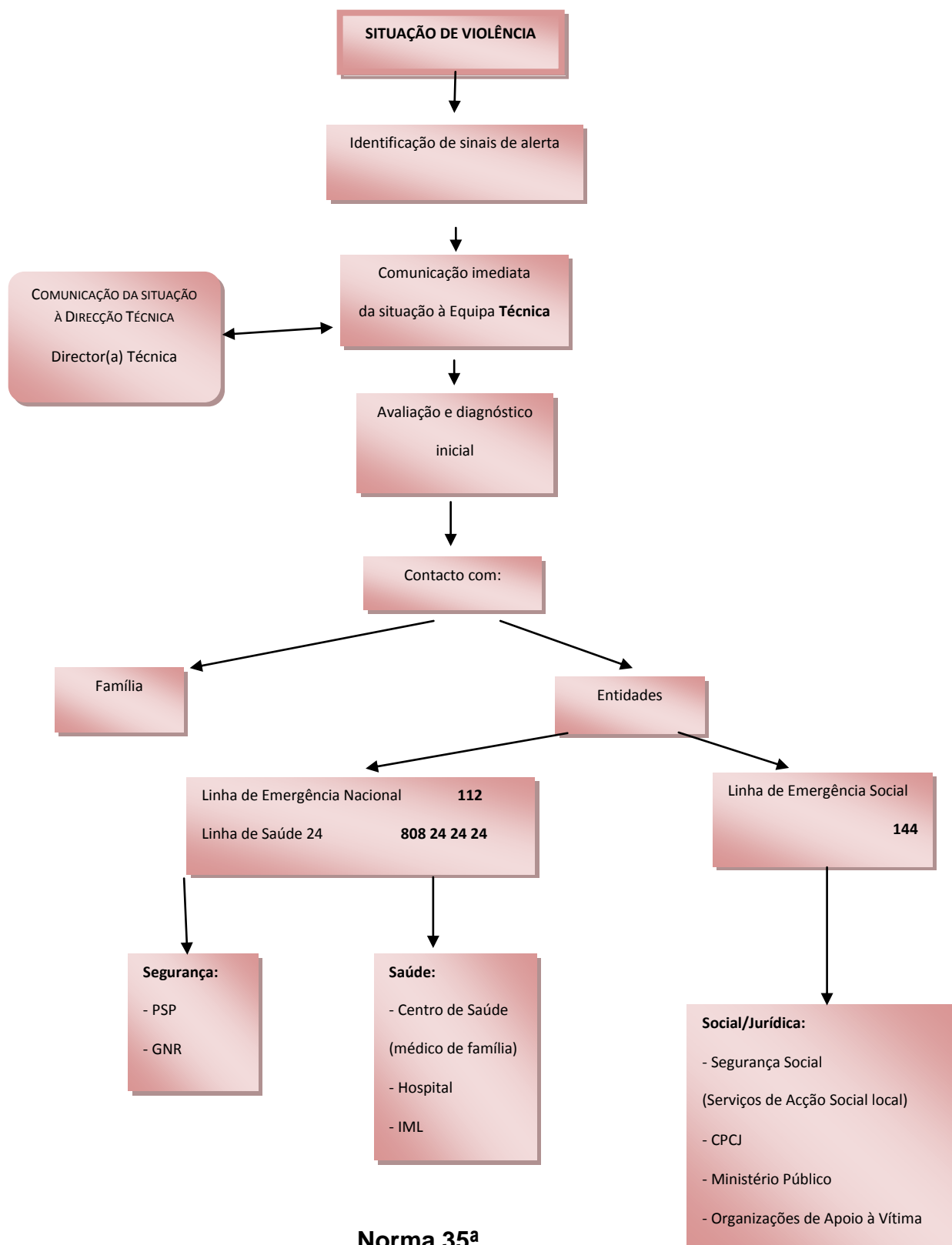
## **Capítulo VII**

### **Disposições Finais**

### **Norma 34<sup>a</sup>**

#### **PREVENÇÃO SITUAÇÕES DE NEGLIGÊNCIA OU MAUS TRATOS**

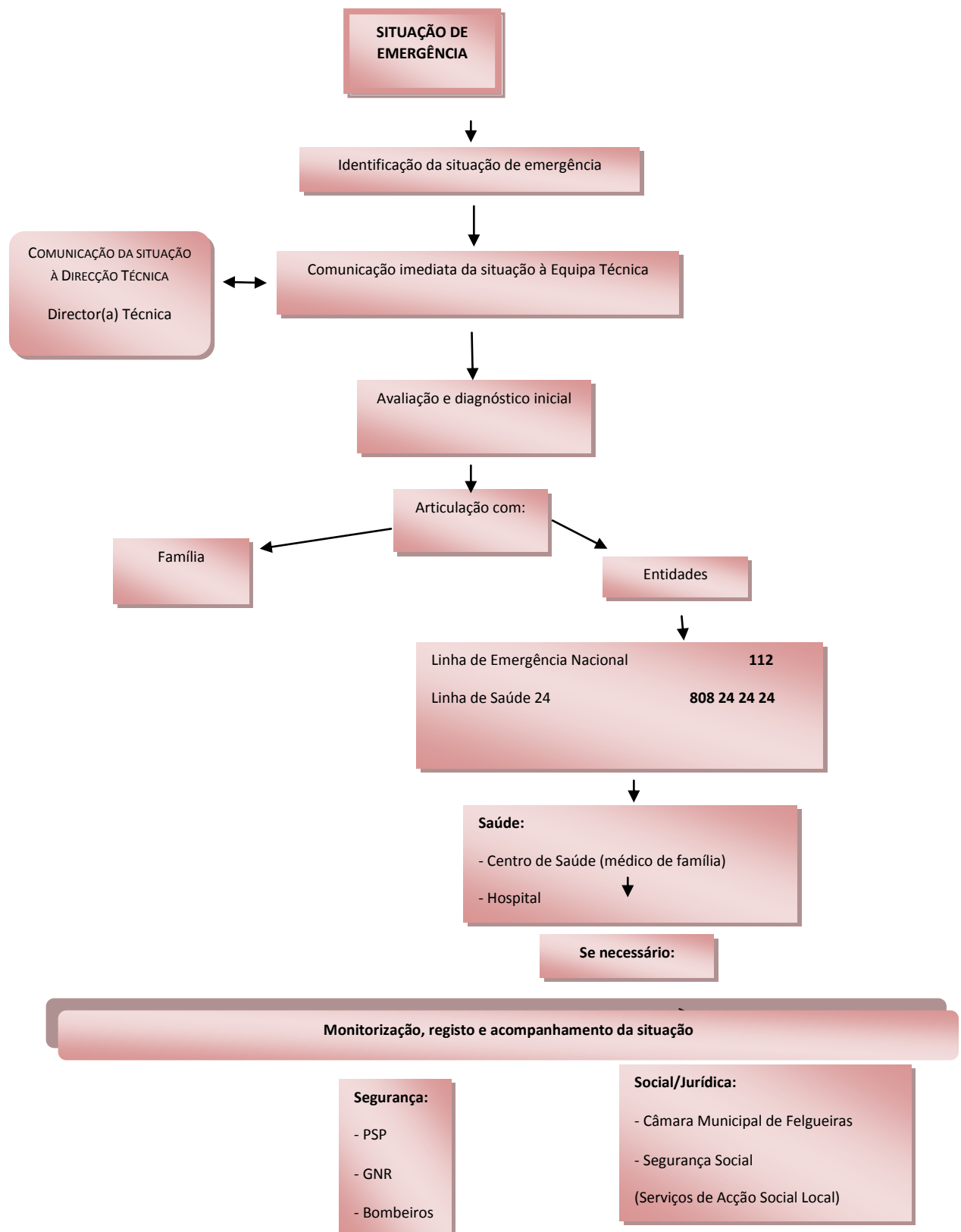
- 1 - Situações de negligência ou maus tratos deverão seguir os procedimentos de identificação e tratamento da situação tendo em conta o Manual de prevenção de situações de negligência e Maus tratos do Sector da Terceira Idade;
- 2- A verificação de situações deste âmbito, deverão ser registadas em impresso próprio identificado como Registo de Incidentes;
- 3 - Os procedimentos a adoptar são os seguintes:



### Norma 35ª

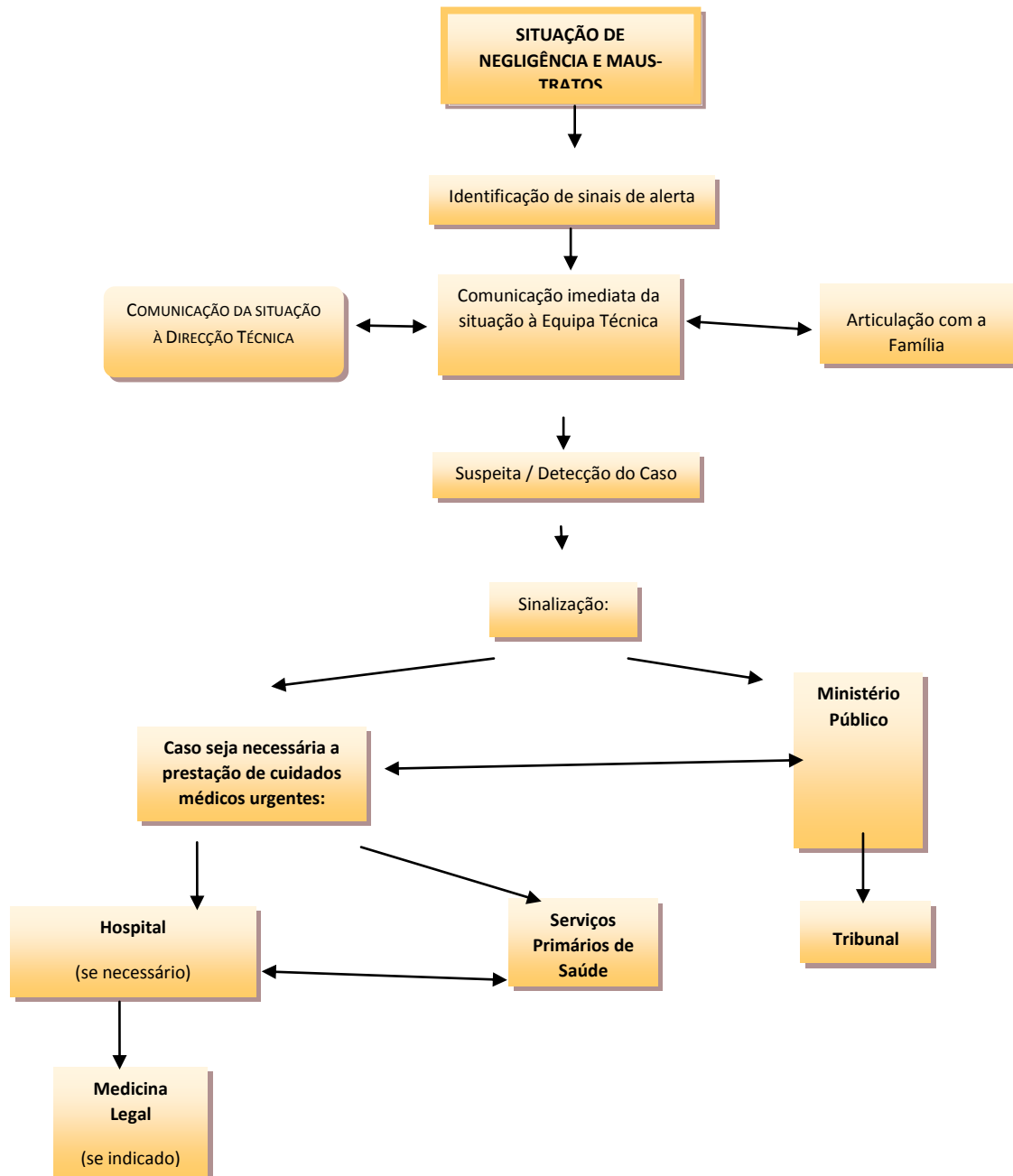
Monitorização, registo e acompanhamento da situação

## PROCEDIMENTOS EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA



## Norma 36<sup>a</sup>

### PROCEDIMENTOS EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA E MAUS TRATOS A IDOSOS



**Monitorização, registo e acompanhamento da situação**

### **Norma 37ª**

#### **ALTERAÇÕES AO PRESENTE REGULAMENTO**

1. O presente regulamento será revisto, sempre que se verifiquem alterações no funcionamento do CD, resultantes da avaliação geral dos serviços prestados, tendo como objetivo principal a sua melhoria;
2. Quaisquer alterações ao presente Regulamento serão comunicadas ao utente ou seu representante legal e ao Centro Distrital da Segurança Social do Porto, com a antecedência mínima de 30 dias relativamente à data da sua entrada em vigor, sem prejuízo da resolução do contrato a que a estes assiste, em caso de discordância dessas alterações;
3. Será entregue uma cópia do Regulamento Interno ao utente ou representante legal ou familiar no ato de celebração do contrato de prestação de serviços.

### **Norma 38ª**

#### **INTEGRAÇÃO DE LACUNAS**

Em caso de eventuais lacunas, as mesmas serão supridas pela Direção da Instituição, tendo em conta a legislação em vigor sobre a matéria

### **Norma 39ª**

#### **ENTRADA EM VIGOR**

- 1 - O presente regulamento entra em vigor no primeiro dia seguinte à sua aprovação.
- 2 - Aquando da admissão do utente, deverá ser fornecido um exemplar deste regulamento.

O presente Regulamento foi aprovado pela Direcção da ADIB em \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_ de 2016, ata de direcção nº \_\_\_\_\_.

A Direcção

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **ANEXO III**

#### **Programa de estimulação cognitiva “Fazer a diferença” – adaptação portuguesa**





e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

## OPERACIONALIZAÇÃO DO PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA EM IDOSOS “FAZER A DIFERENÇA”

Com base em: Spector, A; Thorgrimsen, L; Woods, B & Orrell, M, (2006). Making a Difference: An Evidence-based Group Programme to Offer Cognitive Stimulation Therapy (CST) to People with Dementia.

João Luís Alves Apóstolo  
Daniela Filipa Batista Cardoso

Coimbra, 2012

### **PLANEAMENTO PARA APLICAÇÃO DO PROGRAMA**

#### **Responsáveis pela aplicação do programa**

O número de responsáveis deverá variar consoante o número de pessoas que integram o grupo, pelo que aconselha-se 1 responsável se o grupo for constituído por 4 membros e 2 caso sejam 8 os membros do grupo. A aplicação do programa deverá ser feita ou supervisionada por técnicos com formação na área. Os responsáveis deverão ter capacidade de liderança e gestão de conflitos.

### **Constituição dos grupos**

O grupo deverá ter um mínimo de 4 e máximo de 8 pessoas.

### **CrITÉRIOS de inclusão**

Recomenda-se uma avaliação inicial, com o intuito de definir o(s) grupo(s) a submeter ao programa.

- Incluir pessoas (valores inclusive):
  - 6 Six Item Cognitive Impairment (CIT) - entre 8 e 18 ou
  - *Montreal Cognitive Assessment (MOCA)* - entre 10 e 25 ou
  - Mini Mental State Examination (MMSE) - entre 10 e 22 para literacia de 0 a 2 anos; 24 para literacia de 3 a 6 anos; 27 para literacia igual ou superior a 7 anos;
- Incluir pessoas que conseguem participar em actividades de grupo durante pelo menos durante 60 minutos;
- Excluir todos os participantes com características que possam afectar a sua participação,
  - ex: doença física grave; incapacidade sensorial; incapacidade ou nível elevado de agitação; nível elevado de dependência (Índice de Barthel inferior ou igual a 20 ou Escala de Lawton Brody superior a 20).

**NOTA: Estes critérios não excluem a possibilidade de serem incluídas pessoas que não apresentem compromisso cognitivo.**

Considerando, no que respeita à cognição, a vantagem de aplicação do programa em grupos homogéneo, não se exclui a possibilidade de o aplicar em grupos heterogéneos.

Para além dos instrumentos referenciados anteriormente sugerimos ainda a utilização das seguintes escalas:

- *Geriatric Depression Scale (GDS-15)* (Apóstolo, 2011)
- WHOQOL-OLD – versão portuguesa (Vilar et al., 2010)

### **Estrutura da aplicação do programa**

Este programa é composto por duas partes. O programa principal ao qual se pode seguir o programa de manutenção. O primeiro é desenvolvido ao longo de 7 semanas, com 2 sessões semanais e o segundo, a seguir ao primeiro, ao longo de 16 semanas com uma sessão semanal. Cada uma das referidas sessões deverá ter uma duração entre 45 a 60 minutos, a ocorrer numa sala silenciosa e confortável.

Para implementar as sessões são necessários diversos equipamentos e materiais. Os transversais a todas as sessões são:

- quadro branco e canetas (ou quadro de giz e giz branco e de cores)
- bola macia
- gravador de cassetes ou leitor de CDs ou computador e colunas
- cassetes ou CDs de música ou lista de músicas no computador

Para cada sessão há necessidade de material específico que será referido na operacionalização de cada uma das sessões, pelo que se aconselha uma leitura integral destas, antes do início da aplicação do programa.

É útil monitorizar o envolvimento de cada membro em todas as sessões, de forma a adaptar e planear as sessões seguintes, registando a presença e o grau de comunicação/envolvimento de cada membro.

## **Operacionalização das sessões**

### **1 – Programa Principal**

#### **1ª Sessão – Jogos Físicos**

##### **Apresentação**

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Criar nome para o grupo, envolvendo os membros nessa discussão até se chegar a um consenso quanto a 2 ou 3 nomes. Escrever esses nomes no quadro e efectuar uma votação para se chegar ao nome vencedor. Escrever o nome vencedor em destaque no quadro.

Mostrar várias músicas aos participantes e permitir que estes escolham uma delas para ser a “canção temática” do grupo. Escrever no quadro qual a música seleccionada.

Cantar a “canção temática”.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC (Programa de Estimulação Cognitiva). Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

##### **Actividade Principal**

1 - “Jogo da bola” – Dizer o nome e lançar a bola a outro membro do grupo. Parar jogo, após a 2ª ronda.

2 - Jogo físico – Formar equipas. Dispor 10 garrafas de água como se fossem pinos de bowling. Estabelecer a distância de onde se deve lançar a bola. Convidar os elementos das equipas a lançarem a bola, alternadamente de uma equipa e de outra, de forma a derrubarem o maior número possível de pinos. Ganha a equipa com mais pinos derrubados.

##### **Encerramento**

Resumir e obter feedback sobre a actividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a canção estabelecida no início.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Sons).

Despedidas.

#### **2ª Sessão - Sons**

##### **Apresentação**

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes. Relembrar o nome do grupo e qual a “canção temática”. Escrever no quadro. Relembrar sessão anterior (Jogos Físicos).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo o nome de quem deve receber a bola. Parar jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a “canção temática”.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados. Partilhar e discutir opiniões sobre acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

### **Actividade Principal**

1 – Sons – Reproduzir as gravações de alguns efeitos sonoros, como chuva, vento, trovoadas, mar, galo, cavalo, gato, vaca, pássaros, gargalhada. Perguntar aos participantes qual o som que estão a ouvir. De seguida, pedir para fazerem corresponder esses mesmos sons com imagens apresentadas.

2 – Reproduzir músicas da época e perguntar qual o nome da música e quem a está a cantar. Se necessário, fornecer alternativas quanto aos diferentes cantores possíveis.

3 – Distribuir instrumentos de percussão (colheres, testos, caixas, ...) por cada um dos participantes. Posteriormente convidar à participação dos membros do grupo no acompanhamento de músicas que lhes sejam familiares com os instrumentos improvisados fornecidos.

### **Encerramento**

Resumir e obter feedback sobre a actividade realizada. Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a “canção temática”.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Infância).

Despedidas.

## **3ª Sessão - Infância**

### **Apresentação**

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a “canção temática”. Escrever no quadro. Relembrar sessão anterior (Sons).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo o seu nome e cidade/aldeia onde nasceu.

Cantar a “canção temática”.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados. Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

### **Actividade Principal**

1 – Infância – Solicitar aos membros que preencham a folha “A Minha Infância” (encontra-se no final do planeamento desta sessão), auxiliando-os quando necessário.

No final, recolher todas as folhas e guardá-las no dossier destinado a guardar os documentos relacionados com a aplicação do PEC.

2 – Pedir a cada pessoa para desenhar e/ou descrever o seu quarto na infância e se o partilhavam com alguém, se sim com quem.

3 – Falar sobre os doces da infância (caso seja possível levar alguns para prova). Relembrar jogos ou brincadeiras da sua infância e recriar alguns (jogo do pião, jogo das 5 pedrinhas, macaca, lençinho...)

### **Encerramento**

Resumir e obter feedback sobre a actividade realizada. Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a “canção temática”.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Alimentação).

Despedidas.

## **A Minha Infância**

Nome \_\_\_\_\_

Nasci a \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_\_

A minha mãe chamava-se \_\_\_\_\_

O meu pai chamava-se \_\_\_\_\_

Tinha \_\_\_\_\_ irmãos e \_\_\_\_\_ irmãs.

Os meus irmãos chamavam-se

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vivíamos

\_\_\_\_\_  
Outras pessoas importantes na minha família eram  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Frequentei a escola

\_\_\_\_\_  
Era melhor nas disciplinas de  
\_\_\_\_\_

Era pior nas disciplinas de

\_\_\_\_\_  
Na escola os meus melhores amigos eram  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Abandonei a escola com \_\_\_\_\_ anos

O meu primeiro emprego foi

\_\_\_\_\_

## 4ª Sessão - Alimentação

### **Apresentação**

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a “canção temática”. Escrever no quadro. Relembrar sessão anterior (Infância).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo nomes de “pratos”/alimentos preferidas e o nome de quem deve receber a bola. Parar jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a “canção temática”.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados. Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

### **Actividade Principal**

1 – Alimentação – Escrever no quadro categorias relacionadas com a alimentação (tais como, sopas, vegetais, carnes, peixes e sobremesas) e pedir aos membros do grupo que indiquem nomes de “pratos”/alimentos consoante a categoria em questão. Referir que não se podem repetir os nomes.

2 – Escrever no quadro nomes de alimentos ou nomes de pratos a confeccionar incompletos. Pedir que os completem oralmente

Exemplos (sendo que o que está entre parênteses é o que se pretende que eles adivinhem):

- (Sopa) da Pedra;
- Carne de (Porco) à Alentejana;
- (Bacalhau) à Gomes de Sá;
- Toucinho do (céu);
- (Pão) de Ló;
- Cozido à (Portuguesa);
- Canja de (Galinha);
- Tripas à (Moda) do Porto;
- (Caldo) Verde;
- (Arroz) Doce.

3 – Designar uma letra do abecedário (por exemplo, pedindo a um dos membros) e solicitar que indiquem nomes de alimentos começados por essa mesma letra. Ao fim de 2 rondas mudar de letra.

4 – Seleccionar mercearias ou réplicas (como, arroz, massa, carne, peixe, atum, leite, aetria, ovos, laranjas, maçãs, etc.), atribuir-lhes um preço. Depois estabelecer um

orçamento (por exemplo, 10 €). Dar a conhecer estas informações aos membros do grupo e solicitar aos participantes que planeiem uma refeição completa para quatro pessoas com os alimentos apresentados, não ultrapassando o orçamento fornecido. 2 – Pedir a colaboração dos participantes numa prova de alimentos. Vendar os olhos ao membro do grupo antes de seleccionar o alimento que vai provar. Oferecer o alimento para prova e pedir ao participante que o identifique pelo paladar e textura.

### **Encerramento**

Resumir e obter feedback sobre a actividade realizada. Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a “canção temática”.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Questões Actuais). Despedidas.

## **5ª Sessão - Questões Actuais**

### **Apresentação**

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a “canção temática”. Escrever no quadro. Relembrar sessão anterior (Alimentação).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo o seu nome e os meses do ano (não os repetindo até já terem sido dito os 12). Parar jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a “canção temática”.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

### **Actividade Principal**

1 – Questões Actuais – Abordar notícias e acontecimentos actuais, levando artigos de jornais e revistas (de preferência mais que uma cópia de cada um para que os membros possam observar os mesmos artigos individualmente). Fazer perguntas acerca dos artigos (de preferência escrevê-las no quadro), para alimentar a discussão, pedindo opiniões sobre os diversos assuntos. A título de exemplo: Notícia “Falta de Enfermeiros Põe em Causa Serviços de Saúde”: □ Qual a opinião acerca disto?

- A experiência que têm em contexto de cuidados de saúde?

Notícia “Coimbra para o Mundo através da RTP:

□ Se viram esta transmissão?

- O que acham acerca da visibilidade ou não que isto traz para a cidade de Coimbra?
- O que pensam sobre o turismo? Acham que é benéfico para a nossa cidade?



Notícia “Despiste na A1 mata criança de dois anos e deixa pais feridos:

☐ Qual é a maior causa, na vossa opinião, de acidentes de viação?

- Açam que o desenvolvimento da tecnologia tem contribuído para o aumento do número de acidentes de viação?

### **Encerramento**

Resumir e obter feedback sobre a actividade realizada. Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a “canção temática”.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Retratos/Cenários).

Despedidas.

## **6ª Sessão - Retratos/Cenários**

### **Apresentação**

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a “canção temática”. Escrever no quadro. Relembrar sessão anterior (Questões Actuais).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo o seu nome, local onde nasceu e data de nascimento. Parar jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a “canção temática”.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

### **Actividade Principal**

1 – Retratos/Cenários – Apresentar fotografias de pessoas (por exemplo, actores, apresentadores, cantores) e locais conhecidos (por exemplo, monumentos, praças, locais da cidade onde está a ser realizado o PEC). Pedir aos participantes que os identifiquem um a um. Permitir que, durante este processo, as pessoas tenham oportunidade de discutir aspectos/opiniões que se recordem relacionados com estes retratos.

2 – Com as mesmas fotografias, solicitar aos membros do grupo que as organizem segundo categorias (por exemplo, políticos, artistas, religião, locais da cidade/aldeia ao está a ser realizado o PEC) e, posteriormente à associação de categorias, pedir que ordenem as imagens, tendo em conta as categorias referidas anteriormente, segundo a sua ordem cronológica (do mais antigo para o mais recente).

3 – Apresentar fotografias dos membros do grupo (tiradas em sessões anteriores) e pedir para identificarem a pessoa correspondente.

### **Encerramento**

Resumir e obter feedback sobre a actividade realizada. Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a “canção temática”.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Associação de Palavras). Despedidas.

## **7ª Sessão - Associação de Palavras**

### **Apresentação**

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a “canção temática”. Escrever no quadro. Relembrar sessão anterior (Retratos/Cenários).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo um provérbio e o nome de quem deve receber a bola. Parar jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a “canção temática”.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

### **Actividade Principal**

1 – Escrever no quadro e dizer em voz alta o início de provérbios e pedir aos membros do grupo que os completem. Após a tentativa dizer o provérbio completo de forma correcta.

Exemplos:

- Dá Deus nozes (a quem não tem dentes)
- Grão a grão (enche a galinha o papo)
- Longe da vista, (longe do coração)
- Patrão fora, (dia santo na loja)
- Deus escreve certo (por linhas tortas)
- Mais vale um pássaro na mão (do que dois a voar)
- Quem cala, (consente)
- Vale mais prevenir (que remediar)
- Quem conta um conto, (acrescenta um ponto)
- Quem não tem cão, (caça com gato)
- Filhos criados, (trabalhos dobrados)
- Roma e Pavia (não se fizeram num dia)
- De pequenino se (torce o pepino)
- Cão que ladra (não morde)
- Gato escaldado (de água fria tem medo)
- Quem canta, (seu mal espanta)

- Nem tanto ao mar (nem tanto à terra)
- Em casa de ferreiro, (espeto de pau)
- Água mole em pedra dura (tanto bate até que fura)

**Nota: o que se encontra entre parênteses é o que se espera que os participantes adivinhem.**

2 – Dar a ouvir o começo de músicas tradicionais (conhecidas pelos participantes), parar a música e solicitar que o grupo continue a cantar a música apresentada.

### **Encerramento**

Resumir e obter feedback sobre a actividade realizada. Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a “canção temática”.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Ser Criativo).  
Despedidas.

## **8ª Sessão - Ser criativo**

### **Apresentação**

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a “canção temática”. Escrever no quadro. Relembrar sessão anterior (Associação de Palavras).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo nomes de profissões (preferencialmente profissões que exerceram) e o nome de quem deve receber a bola. Parar jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a “canção temática”.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados. Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

### **Actividade Principal**

Actividade Criativa – Numa tela colar a fotografia do grupo (tirada numa das sessões anteriores) no centro desta e escrever no topo o nome do grupo. Solicitar aos membros do grupo que se aproximem da tela e em redor da fotografia desenhar as impressões das mãos dos participantes. Posteriormente pedir que pintem a sua impressão com tintas de óleo.

**NOTA: Esta tela poderá depois ser colocada em exposição no local onde está a ser aplicado o PEC.**

### **Encerramento**

Resumir e obter feedback sobre a actividade realizada.

Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a “canção temática”.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Classificação de Objectos).

Despedidas.

## **9ª Sessão - Classificação de objectos**

### **Apresentação**

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a “canção temática”. Escrever no quadro. Relembrar sessão anterior (Ser Criativo).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo o nome de uma flor e o nome de quem deve receber a bola. Parar jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a “canção temática”.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados. Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

### **Actividade Principal**

1 – Definir uma categoria (por exemplo, objectos, transportes, animais, flores, etc) e uma letra do abecedário, após isto pedir ao grupo para pensar e enunciar palavras que se incluam no definido anteriormente (escrever no quadro as palavras à medida que vão sendo enunciadas). Não repetir as palavras.

2 – Colocar cerca de 20 objectos ou fotografias a cores de objectos em cima de uma mesa. Com estes, solicitar ao grupo que agrupem os objectos ou imagens, tendo em conta determinadas categorias que vão sendo definidas uma a uma, tais como, cor, forma, utilização. Também pode ser feito através do jogo de escolher o objecto estranho num conjunto de três objectos.

### **Encerramento**

Resumir e obter feedback sobre a actividade realizada. Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a “canção temática”.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Orientação).

Despedidas.

## **10ª Sessão - Orientação**

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a “canção temática”. Escrever no quadro. Relembrar sessão anterior (Classificação de Objectos).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo nomes de cidades e o nome de quem deve receber a bola. Parar jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a “canção temática”.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados.

Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

### **Actividade Principal**

1 – Mostrar mapa de Portugal. Pedir aos membros do grupo que indiquem neste diferentes locais, tais como cidade onde nasceram, local onde viveram a maior parte da sua vida, outras cidades onde tenham vivido. Além disto, solicitar que assinalem as cidades onde estão situados alguns monumentos/locais de culto, como por exemplo, Torre de Belém, Santuário de Fátima, Mosteiro da Batalha, Torre dos Clérigos.

2 – Mostrar mapa da cidade de onde está a ser realizado o PEC. Solicitar aos participantes que apontem determinados locais/monumentos importantes e conhecidos na cidade (por exemplo, diferentes locais/monumentos de Coimbra podem ser Sé Nova, Sé Velha, Largo da Portagem, Convento de Santa Clara, Praça 8 de Maio, Universidade de Coimbra – torre).

3 – Motivar a partilha de experiências sobre as pessoas que mudaram de zona e o porquê. Caso alguém tenha viajado para o estrangeiro, usar o globo para identificar os diferentes locais. Aproveitar o momento para falar sobre o tempo de viagem, a distância entre os locais e os meios de transportes usados.

### **Encerramento**

Resumir e obter feedback sobre a actividade realizada. Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a “canção temática”.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Usar o dinheiro). Despedidas.

## **11ª Sessão - Usar o Dinheiro**

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a “canção temática”. Escrever no quadro. Relembrar sessão anterior (Orientação).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo a sua data de nascimento, a sua idade e o nome de quem deve receber a bola. Parar jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a “canção temática”.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados. Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

### **Actividade Principal**

1 – Apresentar imagens de alimentos/objectos (por exemplo, 1kg de arroz, 1 pacote de manteiga de 250gr, 1 pacote de 12 rolos de papel higiénico, 1l de azeite, etc) e solicitar que cada membro do grupo sugira um preço para esses mesmos alimentos/objectos. Após isto, referir o preço correcto de mercado e verificar quem se aproximou mais do correcto valor.

2 – Mostrar moedas antigas e modernas, incentivar a comparação entre estas. Proporcionar um momento de reflexão e partilha sobre as alterações de preços e valores (falar nas diferenças entre os seus primeiros ordenados e os existentes actualmente, o preço de diferentes alimentos/objectos).

### **Encerramento**

Resumir e obter feedback sobre a actividade realizada. Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a “canção temática”.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Jogos com números). Despedidas.

## **12ª - Jogos com Números**

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a “canção temática”. Escrever no quadro. Relembrar sessão anterior (Usar o Dinheiro).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo a sua idade. Parar jogo, após a 2ª ronda. Repetir jogo, sendo que neste se diz a idade da pessoa para quem se vai lançar a bola. Parar jogo após 2ª ronda.

Cantar a “canção temática”.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados. Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

### **Actividade Principal 1 –**

Jogo do Dominó 2 – Jogo de cartas “Guerra”

3 – Pedir para cada pessoa tirar uma carta do baralho e dizer se essa carta é mais alta ou mais baixa que a anterior. Após a resposta confirmar se está correcta ou não.

4 – Apresentar recipiente transparente contendo moedas (por exemplo, 1 cêntimo) e pedir para que cada elemento diga o número de moedas existentes no frasco. No final, verificar qual dos elementos se aproximou mais do número correcto.

### **Encerramento**

Resumir e obter feedback sobre a actividade realizada. Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a “canção temática”.

Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Jogos com Palavras). Despedidas.

## **13ª Sessão - Jogos com palavras**

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a “canção temática”. Escrever no quadro. Relembrar sessão anterior (Jogos com Números).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo o nome de um artista (actor, cantor) e o nome de quem deve receber a bola. Parar jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a “canção temática”.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados. Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

### **Actividade Principal**

1 – Jogo da Forca (por exemplo, usar palavras relacionadas com as actividades já desenvolvidas ao longo das sessões, como o nome do grupo, o nome da “canção temática”, etc.) – se necessário dar pistas.

2 – Sopa de Letras (por exemplo, as palavras a procurar podem ser os nomes dos membros do grupo). Utilizar o quadro para fazer a sopa de letras, tendo por base uma feita anteriormente em papel. Utilizar as canetas ou giz de cor para assinalar as palavras que vão sendo encontradas.

### **Encerramento**

Resumir e obter feedback sobre a actividade realizada. Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a “canção temática”.



Relembrar a data, hora e tema da sessão seguinte (Quiz em Equipa). Despedidas.

## 14ª Sessão - Quiz em equipa

### **Apresentação**

Dar as boas vindas individualmente, utilizando o nome dos participantes.

Relembrar nome do grupo e qual a “canção temática”. Escrever no quadro. Relembrar sessão anterior (Jogos com Palavras).

Jogo da bola – Lançar a bola a outro membro do grupo, dizendo coisas que tenham sido realizadas/abordadas em sessões anteriores, como sejam jogos, entre outros, e o nome de quem deve receber a bola. Parar jogo, após a 2ª ronda.

Cantar a “canção temática”.

Perguntar dia da semana, dia do mês e ano, estação do ano e estado do tempo, nome e morado do local onde está a ser aplicado o PEC. Escrever no quadro estes dados. Partilhar e discutir acontecimentos recentes (por exemplo, notícias que tenham lido em jornais e/ou revistas, ouvido na televisão e/ou rádio ou mesmo acontecimentos recentes ocorridos no local onde está a ser aplicado o PEC, por exemplo, no caso de se tratar de um lar poderá falar-se sobre as últimas refeições).

### **Actividade Principal**

- 1 – Fazer duas equipas (dar-lhes nomes – pedir a colaboração das equipas neste processo). Realizar um jogo de perguntas, dando três hipóteses de resposta para cada uma. Fazer alternadamente uma pergunta a uma equipa e depois a outra. Ganha a equipa que responder correctamente a mais perguntas.
- 2 – Trazer e apresentar materiais usados/criados em sessões anteriores.
- 3 – Atribuir prémios a todos (por exemplo, uma cópia para cada participante da fotografia de grupo usada na Sessão 8 – Ser Criativo).

### **Encerramento**

Resumir e obter feedback sobre a actividade realizada. Agradecer individualmente a participação.

Cantar novamente a “canção temática”. Despedidas.

**(Nota: Caso seja para continuar com sessões de manutenção, referir qual a data, a hora e o tema da primeira sessão de manutenção – Infância).**

## **ANEXO IV**

### **Ficha de diagnóstico social da ADIB**

## ASSOCIAÇÃO para o DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DE BARROSAS

### Ficha de Diagnóstico Social

#### 1. Resposta Social

ERPI	<input type="text"/>		
Centro de Dia	<input type="text"/>		
Serviço de Apoio Domiciliário	<input type="text"/>	Data de Saída:	Motivo:
Data de admissão:		Data de Inscrição:	

#### 2. Dados de Identificação do Cliente

Nome Completo:	<input type="text"/>		
Nome a ser tratado:	<input type="text"/>		
Data de Nascimento:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Idade:	<input type="text"/>
Morada:	<input type="text"/>		Estado Civil:
Código Postal:	<input type="text"/>	Telefone:	<input type="text"/>
BI/CC nº:	<input type="text"/>	Telemóvel:	<input type="text"/>
NIF:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>
NISS nº:	<input type="text"/>	SNS:	<input type="text"/>

#### 3. Caracterização do Agregado Familiar

Nome	Idade	Parentesco	Profissão	Rendimento	Observações

#### 4. Caracterização Familiar

Nome	Idade	Parentesco	Profissão	Estado Civil	Residência

Tem alguém que seja da sua relação a frequentar a Instituição?

Sim

☐

Não

☐

Quem?

---

#### 5. Situação Económica do Cliente

Rendimentos Mensais		Despesas Mensais	
Rendimento do Trabalho	€	Medicação	€
Reforma	€	Renda de Casa	€
Pensão	€	Outros	€
Complemento por dependência	€	Outros	€
Outros	€	Outros	€
Total:	€	Total:	€

## 6. Identificação e Contactos da (s) Pessoa (s) Próxima (s) do Cliente

Nome Completo:

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Parentesco:

Morada:

Código Postal:

Telefone:

Telemóvel:

Ocupação:

Nome Completo:

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Morada:

Parentesco:

Código Postal:

Telefone:

Telemóvel:

Ocupação:

## 7. Rede Social de Suporte

O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver atividades quotidianas?

Sim

Não

Identifique o suporte existente do candidato:

Diário e permanente

Diário Pontual

Pontual

Inexistente

O Candidato usufrui de serviços de:

Apoio domiciliário

Especifique o Estabelecimento:

Centro de dia

Lar

Outro serviço

Qual e em que Estabelecimento:

## 8. Dependência do Cliente

Grau de dependência global do cliente:	
<input type="checkbox"/>	Autónomo, não necessita de apoio
<input type="checkbox"/>	Necessita de pequenos apoios na vida quotidiana e na mobilidade
<input type="checkbox"/>	Necessita de apoio na higiene pessoal, tarefas da vida quotidiana e na mobilidade
<input type="checkbox"/>	Totalmente dependente para satisfação das necessidades básicas (alimentação, higiene, etc.)

Deficiência:	
Mental	<input type="checkbox"/>
Visual	<input type="checkbox"/>
Motora	<input type="checkbox"/>
Auditiva	<input type="checkbox"/>

## 9. Motivo do Pedido


## 10. Visita às Instalações

O Cliente visitou as Instalações?	
Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>
Mencione a razão: _____	
Data da visita marcada: ____/____/____	

## 11. Documentação

Documentação em falta e respetiva data de entrega:		
<input type="checkbox"/>	Bilhete de Identidade	Data de entrega: ____/____/____
<input type="checkbox"/>	Cartão de Contribuinte	Data de entrega: ____/____/____
<input type="checkbox"/>	Cartão de Beneficiário /Prova Anual de Pensão	Data de entrega: ____/____/____
<input type="checkbox"/>	Cartão do SNS	Data de entrega: ____/____/____

## 12. Critérios de Seleção e Priorização

Critérios	Ponderação	Pontuação
<input type="checkbox"/> Idade		
<input type="checkbox"/> Grau de Dependência		
<input type="checkbox"/> Fracos Recursos Económicos		
<input type="checkbox"/> Ausência ou Indisponibilidade da Família para assegurar cuidados básicos		
<input type="checkbox"/> Residência próxima do estabelecimento		
<input type="checkbox"/> Situação encaminhada pelo ISS		
<input type="checkbox"/> Risco de Isolamento Social		
<input type="checkbox"/> Elementos de referência a frequentar o estabelecimento		
<input type="checkbox"/> Outros critérios definidos pela Direção da Instituição		



### 13. Observações

--

### 14. Avaliação sumária funcional do candidato

Atividades da Vida diária	Autônomo	Semi-autônomo	Semi-dependente	Dependente
Banho				
Ir ao WC				
Alimentação				
Transferências (entrar e sair da cama)				
Continência				
Higiene Habitacional (C.D. e S.A.D)				
Tratamento de roupas				
Mover-se ao exterior				
Toma de medicamentos				

### 15. Serviços Solicitados

Serviços	Frequência			Observações
	Diária	Semanal	Mensal	
<b>Cuidados de higiene pessoal</b>				
Higiene total				
Higiene Parcial				
Barba				
Corte Cabelo				
<b>Alimentação</b>				
Confeção				
Fornecimento				
Entrega				
Administração				
<b>Medicação</b>				
Organização				
Administração				
Higiene Habitacional (C.D. e S.A.D)				
Tratamento de Roupa				
Acompanhamento ao Exterior				
Outros Serviços				

**16. Saúde do candidato****17. Médico Assistente**

Nome:

Unidade de Saúde:

Contacto:

**18. Comparticipação Familiar / Mensalidade**

Foi dada informação relativamente à comparticipação familiar / Mensalidade

Sim

☐

Não

☐**19. Responsável pelo Cliente**

Nome:

Parentesco:

Contacto:

**20. Assinaturas**

Cliente: \_\_\_\_\_

Representante do Cliente \_\_\_\_\_

Técnico: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **ANEXO V**

### **Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale – GDS)**

1. Sente-se satisfeito/a com a sua vida?	S	N
2. Está desinteressado/a em muitas das suas actividades e distrações?	S	N
3. Sente que a sua vida está vazia?	S	N
4. Sente-se muitas vezes aborrecido/a?	S	N
5. Está optimista em relação ao futuro?	S	N
6. É incomodado/a por pensamentos que não consegue tirar da sua cabeça?	S	N
7. Está de boa disposição a maior parte do tempo?	S	N
8. Está com medo que alguma coisa má lhe venha a acontecer?	S	N
9. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	S	N
10. Sente-se muitas vezes desamparado/a?	S	N
11. Fica muitas vezes inquieto e nervoso/a?	S	N
12. Prefere ficar em casa em vez de sair para fazer coisas novas?	S	N
13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro?	S	N
14. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria das pessoas da sua idade?	S	N
15. Acha que é maravilhoso estar vivo/a?	S	N
16. Sente-se frequentemente abatido/a e triste?	S	N
17. Acha que a sua vida é agora bastante inútil?	S	N
18. Preocupa-se muito com o passado?	S	N
19. Acha a vida muito emocionante?	S	N
20. É difícil para si começar projectos novos?	S	N
21. Sente-se cheio(a) de energia?	S	N
22. Sente que a sua situação é desesperada?	S	N
23. Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor do que a sua?	S	N
24. Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?	S	N
25. Sente muitas vezes vontade de chorar?	S	N
26. Tem dificuldade em se concentrar?	S	N
27. Gosta de se levantar de manhã?	S	N
28. Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?	S	N
29. Tem facilidade em tomar decisões?	S	N
30. O seu pensamento é tão claro como era dantes?	S	N

## **Anexo VI**

### **Sub-Escala Cognitiva da Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer (Alzheimer's Disease Assessment Scale – Cognitive subscale - ADAS- Cog)**

## ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOENÇA DE ALZHEIMER – ADAS COGNITIVA

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Escaridade: \_\_\_\_\_ Data de Obs: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Observador: \_\_\_\_\_

<p><b>1. Tarefa de evocação de palavras</b>            1ª Tentativa _____            2ª Tentativa _____            3ª Tentativa _____ Pontuação _____</p>	<p><b>7. Reconhecimento de palavras.</b> - Indicar o nº de respostas incorrectas para cada tentativa            1ª Tentativa ____ 2ª Tentativa ____ 3ª Tentativa ____            Pontuação _____</p>																		
<p><b>2. Nomeação de objectos e dedos</b>            Assinalar cada objecto e dedo incorrectamente nomeado</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alfinete</td> <td><input type="checkbox"/> Óculos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Caneta</td> <td><input type="checkbox"/> Relógio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bola</td> <td><input type="checkbox"/> Anel</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pregoeiro</td> <td><input type="checkbox"/> Polegar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cigarro</td> <td><input type="checkbox"/> Indicador</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Copo</td> <td><input type="checkbox"/> Médio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tesoura</td> <td><input type="checkbox"/> Anelar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Colher</td> <td><input type="checkbox"/> Mindinho</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Selo</td> <td></td> </tr> </table> <p>Pontuação _____</p>	<input type="checkbox"/> Alfinete	<input type="checkbox"/> Óculos	<input type="checkbox"/> Caneta	<input type="checkbox"/> Relógio	<input type="checkbox"/> Bola	<input type="checkbox"/> Anel	<input type="checkbox"/> Pregoeiro	<input type="checkbox"/> Polegar	<input type="checkbox"/> Cigarro	<input type="checkbox"/> Indicador	<input type="checkbox"/> Copo	<input type="checkbox"/> Médio	<input type="checkbox"/> Tesoura	<input type="checkbox"/> Anelar	<input type="checkbox"/> Colher	<input type="checkbox"/> Mindinho	<input type="checkbox"/> Selo		<p><b>8. Recordar as instruções do teste</b>            Indicar o nº de repetições da instrução para cada tentativa            1ª Tentativa ____ 2ª Tentativa ____ 3ª Tentativa ____  <b>Pontuação:</b>            0 = Sem necessidade de recordar instrução            1 = Defeito muito ligeiro (recordado 1 vez)            2 = Defeito ligeiro (recordado 2 vezes)            3 = Defeito moderado (recordado 3 a 4 vezes)            4 = Defeito moderadamente severo (recordado 5-6 vezes)            5 = Defeito severo (recordado 7 vezes)            Pontuação _____</p>
<input type="checkbox"/> Alfinete	<input type="checkbox"/> Óculos																		
<input type="checkbox"/> Caneta	<input type="checkbox"/> Relógio																		
<input type="checkbox"/> Bola	<input type="checkbox"/> Anel																		
<input type="checkbox"/> Pregoeiro	<input type="checkbox"/> Polegar																		
<input type="checkbox"/> Cigarro	<input type="checkbox"/> Indicador																		
<input type="checkbox"/> Copo	<input type="checkbox"/> Médio																		
<input type="checkbox"/> Tesoura	<input type="checkbox"/> Anelar																		
<input type="checkbox"/> Colher	<input type="checkbox"/> Mindinho																		
<input type="checkbox"/> Selo																			
<p><b>3. Compreensão de ordens</b>            Assinalar cada ordem executada correctamente</p> <p><input type="checkbox"/> Feche a mão</p> <p><input type="checkbox"/> Aponte para o <u>tecto</u> e depois para o chão</p> <p><input type="checkbox"/> Ponha o <u>lápiz em cima do cartão</u> e depois volte a colocá-lo no <u>lugar onde estava</u></p> <p><input type="checkbox"/> Ponha o relógio do <u>outro lado do lápis</u> e depois vire o cartão</p> <p><input type="checkbox"/> Bata <u>duas vezes em cada um dos seus ombros com dois dedos e com os olhos fechados</u></p> <p>Pontuação _____</p>	<p><b>9. Capacidade de linguagem oral</b>  <b>Pontuação:</b>            0 = Nenhuma alteração            1 = Alteração muito ligeira            2 = Alteração ligeira            3 = Alteração moderada            4 = Alteração moderadamente grave            5 = Alteração grave Pontuação _____</p>																		
<p><b>4. Capacidade construtiva</b>            Assinalar cada desenho incorrecto</p> <p><input type="checkbox"/> Círculo</p> <p><input type="checkbox"/> Dois rectângulos</p> <p><input type="checkbox"/> Losango</p> <p><input type="checkbox"/> Cubo Pontuação _____</p>	<p><b>10. Dificuldade em encontrar palavras no discurso espontâneo</b>  <b>Pontuação:</b>            0 = Nenhuma dificuldade            1 = Muito ligeira            2 = Ligeira            3 = Moderada            4 = Moderadamente grave            5 = Grave Pontuação _____</p>																		
<p><b>5. Praxia ideativa</b>            Assinalar cada etapa não executada ou executada incorrectamente</p> <p><input type="checkbox"/> Dobrar a carta</p> <p><input type="checkbox"/> Pôr a carta dentro do envelope</p> <p><input type="checkbox"/> Fechar o envelope</p> <p><input type="checkbox"/> Endereçar o envelope</p> <p><input type="checkbox"/> Indicar o local do selo Pontuação _____</p>	<p><b>11. Compreensão da linguagem oral</b>  <b>Pontuação:</b>            0 = Nenhuma dificuldade            1 = Muito ligeira            2 = Ligeira            3 = Moderada            4 = Moderadamente grave            5 = Grave Pontuação _____</p>																		
<p><b>6. Orientação</b>            Indicar as componentes incorrectas</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nome completo</td> <td><input type="checkbox"/> Ano</td> <td><input type="checkbox"/> Mês</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dia</td> <td><input type="checkbox"/> Dia da semana</td> <td><input type="checkbox"/> Local</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Estação do ano</td> <td><input type="checkbox"/> Hora</td> <td></td> </tr> </table> <p>Pontuação _____</p>	<input type="checkbox"/> Nome completo	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Mês	<input type="checkbox"/> Dia	<input type="checkbox"/> Dia da semana	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> Estação do ano	<input type="checkbox"/> Hora		<p><b>Nota Total – COGNITIVA</b></p>									
<input type="checkbox"/> Nome completo	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Mês																	
<input type="checkbox"/> Dia	<input type="checkbox"/> Dia da semana	<input type="checkbox"/> Local																	
<input type="checkbox"/> Estação do ano	<input type="checkbox"/> Hora																		

# 1. Tarefa de evocação de palavras

1.ªTentativa			2.ª Tentativa			3.ª Tentativ		
	Recordada	N/Record		Recordada	N/Recor		Recordada	N/Recor
Casa	—	—	Criança	—	—	Saia	—	—
Barco	—	—	Mão	—	—	Pente	—	—
Saia	—	—	Carro	—	—	Pão	—	—
Mão	—	—	Médico	—	—	Escola	—	—
Escola	—	—	Casa	—	—	Carro	—	—
Pão	—	—	Pente	—	—	Mão	—	—
Criança	—	—	Saia	—	—	Barco	—	—
Médico	—	—	Pão	—	—	Criança	—	—
Carro	—	—	Barco	—	—	Casa	—	—
Pente	—	—	Escola	—	—	Médico	—	—
Total=			Total =			Total =		
Pontuação =								

## 2. Nomeação de objectos e dedos

Nesta prova pede-se ao sujeito para dizer o nome de doze objectos reais, de alta, média e baixa frequência, apresentados aleatoriamente. A instrução deve ser: **"Como se chama isto?"** ou **"Qual é o nome deste objecto?"** Se o sujeito não responde, então o observador deve dar ajuda semântica para o objecto; se o sujeito continua sem responder ou comete erros, o observador deve passar para o objecto seguinte.

Em seguida, pede-se ao sujeito para dizer os nomes dos dedos da mão dominante pela seguinte ordem: polegar, mínimo, indicador, médio e anelar.

Objectos	Pistas dadas quando há dificuldade	Correcto	Incorrecto
Alfinete	Para prender, era usado nas fraldas dos bebés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caneta	Para escrever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bola	Para jogar e pode ser um brinquedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prego	Para fixar (pendurar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cigarro	Para fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copo	Por onde bebemos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tesoura	Para cortar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colher	Para comer a sopa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selo	Para colar nas cartas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Óculos	Para ver melhor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relógio	Para ver as horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anel	Para usar nos dedos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Dedos:** Deve nomear os dedos da mão dominante

	Resposta	Correcto	Incorrecto
Polegar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indicador		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anelar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mínimo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total = \_\_\_\_\_

Pontuação (itens – nomes de objectos e dedos):

0 = 2 itens incorrectamente nomeados  
 1 = 3 - 5 itens incorrectamente nomeados  
 2 = 6 - 8 itens incorrectamente nomeados  
 3 = 9 - 11 itens incorrectamente nomeados  
 4 = 12 - 14 itens incorrectamente nomeados  
 5 = 15 - 17 itens incorrectamente nomeados

Pontuação = \_\_\_\_\_  
 (pontuação máxima de 5)



### 3. Compreensão de ordens

Nesta prova avalia-se a compreensão da linguagem oral em função da capacidade do sujeito para executar 5 ordens. Cada ordem só pode ser repetida uma vez. Se o sujeito não responde ou comete erros à primeira instrução, o observador deve dar a ordem mais uma vez, e passa à próxima ordem. Devem ser aplicadas todas as ordens. As ordens só são consideradas correctas se executadas na totalidade.

Ordens	Correcto	Incorrecto
1. "Feche a mão".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. "Aponte para o tecto e depois para o chão".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coloca-se em linha um lápis, um relógio e um cartão		
3. "Ponha o <u>lápis em cima do cartão</u> e depois volte a colocá-lo no <u>lugar onde estava</u> ".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. "Ponha o <u>relógio do outro lado do lápis</u> e depois <u>vire o cartão</u> ".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. "Bata <u>duas vezes em cada um dos seus ombros com dois dedos</u> e <u>com os olhos fechados</u> ".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Nota: Os elementos sublinhados representam etapas únicas, mas cada ordem é cotada como um todo.</p> <p>Pontuação (itens – nomes de objectos e dedos):</p> <p>0 = 0 Erros, 5 ordens correctas</p> <p>1 = 1 Ordem incorrecta, 4 ordens correctas</p> <p>2 = 2 Ordens incorrectas, 3 ordens correctas</p> <p>3 = 3 Ordens incorrectas, 2 ordens correctas</p> <p>4 = 4 Ordens incorrectas, 1 ordem correcta</p> <p>5 = 5 Ordens incorrectas</p> <p>Pontuação = _____ (pontuação máxima de 5)</p>		

#### 4. Capacidade Construtiva





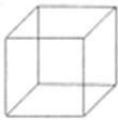


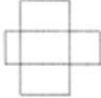
Esta prova avalia a capacidade de copiar quatro figuras geométricas que vão desde uma figura simples (um círculo) até uma mais complexa (um cubo). As formas devem ser apresentadas individualmente, em folhas de papel planas e brancas (na metade superior de uma folha A4).

O observador deve dar ao sujeito um lápis antes de lhe entregar a 1.<sup>a</sup> forma. As instruções fornecidas são: "Nesta folha está uma figura. Tente desenhar uma figura parecida, em qualquer parte da folha". São permitidas duas tentativas. Se o sujeito não consegue reproduzir a figura em duas tentativas passa para a figura seguinte. O desenho é cotado como correcto se o sujeito reproduzir todas as características geométricas do original. As diferenças no tamanho não são cotadas como erro, assim como pequenas falhas entre as linhas, desde que a forma esteja bem reproduzida (ver exemplos a seguir).

NOTA: O uso de borracha não é permitido.

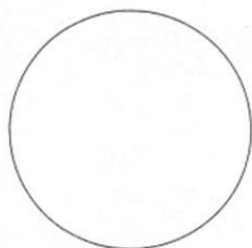
##### CrITÉRIOS de pontuação para cada forma

1. **Círculo** – Curva fechada.
2. **Dois rectângulos sobrepostos** – Cada rectângulo deve ter quatro lados e a sobreposição deve ser igual à forma apresentada.
3. **Losango** – A figura deve ter quatro lados oblíquos e todos os lados devem ser aproximadamente iguais em comprimento.
4. **Cubo** – A forma deve estar em perspectiva, com a face anterior correctamente orientada, as linhas internas correctamente desenhadas entre os cantos.

Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto	Correcto	Incorrecto
2		3		4	
					
					
<b>Registo</b>		<b>Correcto</b>	<b>Incorrecto</b>	<b>Pontuação:</b>	
<input type="checkbox"/> Círculo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 = 4 desenhos correctos	
<input type="checkbox"/> Dois rectângulos sobrepostos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 = 1 desenho incorrecto	
<input type="checkbox"/> Losango		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 = 2 desenhos incorrectos	
<input type="checkbox"/> Cubo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 = 3 desenhos incorrectos	
				4 = 4 desenhos incorrectos	
				5 = Nenhuma forma, partes da forma, ou palavras em vez de desenho	
				<b>Pontuação =</b> _____	
				(pontuação máxima de 5)	

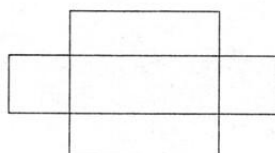
#### 4. Capacidade Construtiva

Desenho 1



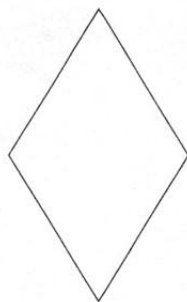
#### 4. Capacidade Construtiva

Desenho 2



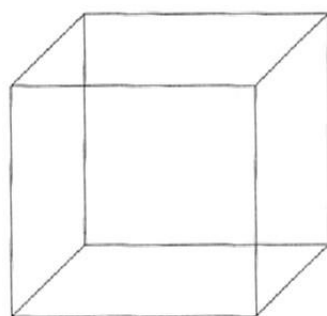
#### 4. Capacidade Construtiva

Desenho 3



#### 4. Capacidade Construtiva

Desenho 4



### 5. Praxia Ideativa

Esta prova avalia a capacidade de o sujeito executar uma sequência de acções complexas e familiares. Em cima da mesa e em frente do sujeito, coloca-se simultaneamente, uma folha de papel A 4 e um envelope grande. A instrução deve ser: **"Quero que faça de conta que está a enviar uma carta a si próprio. Tome este papel e dobre-o de maneira que caiba dentro do envelope, depois feche-o e escreva o seu nome, a sua morada e indique onde colocaria o selo".** Se o sujeito se esquecer de uma parte do exercício ou se tiver dificuldades, o observador deve repetir a instrução.

**NOTA:** Só é considerada alteração neste item, quando este reflecte apenas dificuldade na execução duma tarefa conhecida e não alterações da memória.

Componentes	Correcto	Incorrecto
1. Dobrar a carta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pôr a carta dentro do envelope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fechar o envelope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Endereçar o envelope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Indicar o local do selo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pontuação:</b> 0 = Todas as etapas executadas 1 = 1 etapa não executada 2 = 2 etapas não executadas 3 = 3 etapas não executadas 4 = 4 etapas não executadas 5 = Todas as etapas não executadas		
Pontuação = _____ (pontuação máxima de 5)		

## 6. Orientação

As componentes da orientação são: nome, ano, mês, dia, dia da semana, estação do ano, local e hora (8 itens). Para o local deve ser indicado o nome do local onde o sujeito se encontra no momento presente. Antes de testar a orientação, o observador deve ter em atenção as pistas periféricas no ambiente do teste (Ex.: relógio, calendário).

**NOTA:** Aceitam-se como respostas correctas a indicação do primeiro e último nome, + / - 1 h para as horas, nome incompleto para o local, indicação da próxima estação do ano, no período de uma semana antes do seu início, e duas semanas depois do seu fim.

Item	Correcto	Incorrecto
1. Nome completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mês	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dia da semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Estação do ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação = _____ (pontuação máxima de 8)		



## 7. Reconhecimento de palavras

As palavras a negrito são as palavras da lista inicial. Os círculos representam as respostas incorrectas e os quadrados as respostas correctas.

1.ª Tentativa				2.ª Tentativa				3.ª Tentativa			
	Sim	Não	Rec		Sim	Não	Rec		Sim	Não	Rec
Beijo	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Festa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Dança	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Papa	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abraço	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Festa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Livro	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Talho	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Passeio	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Festa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Praia</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Praia</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Mão	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Carta</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Carta</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Feira	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Braço</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Jardim	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Praia</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Rua	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Braço</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Carta</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Pé	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perna	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Braço</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Teatro	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Museu</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Queijo	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Museu</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Loja	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chuva	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Sol</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Bife	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Museu</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Teatro	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Água	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sol</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Manteiga</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Sol</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Manteiga</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Milho</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Manteiga</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Semente	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Chapéu</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Padre	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravata	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Café	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Milho</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Parque	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avião	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Chapéu</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Milho</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Rio</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Rio</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Chapéu</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Vinho	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vestido	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parque	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Pérola</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Polícia	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Rio</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Lenço	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Pérola</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pérola</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Cão</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Gato	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cão</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	Vaca	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Cão</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Cavalo	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tinta	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corda	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total de respostas incorrectas = \_\_\_\_\_

Total Rec = \_\_\_\_\_

NOTA: Rec = Recordação da instrução.

Para a pontuação somam-se as respostas incorrectas de cada tentativa, divide-se esse n.º por três e arredonda-se para o n.º inteiro mais próximo.

Pontuação = \_\_\_\_\_  
(pontuação máxima de 10)

## 8. Recordar as instruções do teste

Este item avalia a capacidade do sujeito para recordar as instruções da prova de reconhecimento de palavras (subteste 7). Em cada exercício de reconhecimento, pergunta-se ao sujeito, na apresentação das duas primeiras palavras: "Já viu esta palavra antes?" ou "É uma palavra nova?". Para a terceira palavra pergunta-se: "E agora esta?" Se responder adequadamente, isto é, sim ou não, a recordação das instruções está correcta. Se o sujeito não responder, isto significa que as instruções foram esquecidas. Repetem-se as instruções. O procedimento usado para a terceira palavra é repetido para as palavras 4 – 24. Anota-se as falhas de memória para a instrução e depois de sete falhas no máximo, interrompe-se a contagem.

### Pontuação:

- 0 = Sem necessidade de recordar instrução
- 1 = Defeito muito ligeiro (recordado 1 vez)
- 2 = Defeito ligeiro (recordado 2 vezes)
- 3 = Defeito moderado (recordado 3 a 4 vezes)
- 4 = Defeito moderadamente severo (recordado 5 ou 6 vezes)
- 5 = Defeito severo (recordado 7 vezes)

Pontuação = \_\_\_\_\_  
(pontuação máxima de 5)

## 9. Linguagem oral

Este item é uma avaliação global da qualidade do discurso, isto é, clareza, dificuldade em fazer-se entender (expressão). O observador deve considerar todo o discurso produzido pelo sujeito na sessão quando avalia este item. Não são avaliadas neste item o débito do discurso, nem a dificuldade em encontrar palavras, que irão ser avaliadas no subteste 10. As pontuações mais elevadas (4 – 5) estão reservadas para sujeitos cuja capacidade de expressão esteja de tal modo alterada que impeça o sujeito de comunicar.

### Pontuação:

- 0 = Nenhuma alteração
- 1 = Alteração muito ligeira (1 situação de dificuldade de expressão)
- 2 = Alteração ligeira (o sujeito tem dificuldade de expressão entre 25% a 50% do tempo da sessão)
- 3 = Alteração moderada (o sujeito tem dificuldade de expressão em um pouco mais de 50% do tempo da sessão)
- 4 = Alteração moderadamente grave (o sujeito tem dificuldade em claramente mais de 50% do tempo)
- 5 = Alteração grave (Produção de uma ou duas palavras, discurso fluente mas de conteúdo vazio; mutismo)

Pontuação = \_\_\_\_\_  
(pontuação máxima de 5)